



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
**Factors Related to Quality of Health Services for Physically Disabled Persons
in Primary Care Units**

สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้
Suratsawadee Saetae

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Science in Health System Research and Development
Prince of Songkla University**

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ผู้เขียน	นางสาวสุรัตน์ สวัสดิ์ แซ่เต๋
สาขาวิชา	การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา	2552

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 132 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความรู้ด้วยวิธีการของคูเคอร์-ริชาร์ดสัน ได้เท่ากับ 0.73 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติ การสนับสนุนการดำเนินงาน และคุณภาพบริการสุขภาพ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.83, 0.96 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการสรุปเนื้อหาและจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง คือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการจัดบริการ (ร้อยละ 65.15) และปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.47, p < 0.05$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การได้รับการฝึกอบรม และจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อเดือน ($r = 0.24, 0.18, 0.24, 0.17, p < 0.05$ ตามลำดับ)

ปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้และทักษะ (ร้อยละ 78.09) ขาดงบประมาณ (ร้อยละ 64.86) ขาดวัสดุอุปกรณ์ (ร้อยละ 69.70) นโยบายและการบริหารจัดการงานด้านผู้พิการไม่ชัดเจน (ร้อยละ 61.36) และระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความล่าช้า (ร้อยละ 56.7)

ผลการวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ว่าคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง กระทรวงสาธารณสุขอาจนำผลการวิจัยนี้ไป
ใช้ในการกำหนดงานด้านผู้พิการไว้ในแผนงานหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ และสนับสนุน
ทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้เพียงพอ ส่วนเครือข่ายบริการปฐมภูมิควรพัฒนาความรู้ และทักษะ
ให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และปรับปรุงระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการระหว่างหน่วยงานให้
มีประสิทธิภาพต่อไป

Thesis Title	Factors Related to Quality of Health Services for Physically Disabled Persons in Primary Care Units
Author	Miss Suratsawadee Saetae
Major Program	Health System Research and Development
Academic Year	2009

ABSTRACT

This descriptive research aimed to describe the level of quality of health services for physically disabled persons, factors related to quality of health services for physically disabled persons and problems/obstacles on health services for physically disabled persons in primary care units (PCU's), a Southern Province, Thailand. The subjects were 132 health providers who were responsible for disabled work in PCU's selected using stratified random sampling. Data were collected using a questionnaire. The instrument's content validity was confirmed by five experts, giving a content validity index of 0.98. Reliability of the knowledge questionnaire was evaluated using Kuder-Richardson yielding a value of 0.73, whereas the attitude, operation support and quality of health services questionnaires were examined using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.83, 0.96 and 0.94, respectively. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation), Pearson's product moment correlation coefficient and simple contents analysis were used for data analysis.

The results showed that the quality of health services for physically disabled persons in PCU's was at a "should improve" level, and was generally lower than the service standard set by the Centre for Community Health (65.15%). Regarding relationships, it was found that operation support was positively related to quality of health services for physically disabled persons at a moderate level ($r = 0.47, p < 0.05$), while knowledge, attitude, training and the number of working hours per month were positively related to quality health services for physically disabled persons at a low level ($r = 0.24, 0.18, 0.24, 0.17, p < 0.05$, respectively).

The problems/obstacles of health services for physically disabled persons were insufficient of staff knowledge and skills (78.09%), lack of budget (64.86%), lack of materials (69.70%), unclear policy and management for disabled work (61.36%), and delay in the information referral system between health agencies (56.76%).

The results indicate that the quality of health services for physically disabled persons in PCU need to be improved. Ministry of Public Health may take the results into consideration for assign disabled work to the strategy plan of PCU's and provide adequate resources for support, Contracting Unit for Primary care (CUP) should develop knowledge and skills of their staffs, including improve the efficiency of the information referral system for disabled persons between health agencies.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดและลักษณะของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว.....	8
การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในประเทศไทย.....	11
การจัดบริการสำหรับผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	16
สถานการณ์การจัดบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	21
แนวคิดคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	27
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	53
ผลการวิจัย.....	53
อภิปรายผลการวิจัย.....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	83
ข้อเสนอแนะ.....	85
บรรณานุกรม.....	87
ภาคผนวก.....	98
ก. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	99
ข. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	100
ค. เฉลยแบบวัดความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว.....	112
ค. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	113
ง. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	124
ประวัติผู้เขียน.....	125

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ความแตกต่างระหว่างหลักเกณฑ์ประเมินระดับความพึงการเพื่อรับสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพ.ศ. 2550 และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	15
2	แผนการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของประชากรผู้พิการ.....	19
3	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	47
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=132).....	54
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรับผิดชอบ (N=132).....	56
6	จำนวน และร้อยละ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (N=132).....	57
7	จำนวน และร้อยละของระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N = 132).....	58
8	จำนวน และร้อยละ ของระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกเป็นรายชื่อ (N = 132).....	59
9	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N = 132).....	61
10	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีการรายงานปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (N=132).....	62
11	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีการรายงานข้อเสนอแนะในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (N=132).....	64

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N = 132).....	113
13	จำนวน และร้อยละของคะแนนความรู้ในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกรายชื่อ (N = 132).....	113
14	จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N = 132).....	115
15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกรายชื่อ (N = 132).....	115
16	จำนวนและร้อยละของระดับการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N = 132).....	116
17	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกเป็นรายชื่อ (N = 132).....	116
18	จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=132).....	119
19	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวและระดับคุณภาพสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N=132).....	121
20	จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการและระดับคุณภาพสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N=132)	122
21	จำนวนและร้อยละของระดับการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการและระดับคุณภาพสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N=132).....	122
22	การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ที่ศึกษา.....	123
23	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ	123

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	5
2	การจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	19

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาผู้พิการกำลังมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนและทวีความรุนแรงมากขึ้นจากการรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีผู้พิการถึงประมาณร้อยละ 10 ของประชากรโลกหรือประมาณ 600 ล้านคน (World Health Organization: WHO, 2005) สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีจำนวนผู้พิการมากถึง 1.9 ล้านคนจากประชากรทั้งสิ้นประมาณ 65.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 1.1 ล้านคน หรือร้อยละ 1.7 ในปี พ.ศ. 2545 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) โดยประเภทของผู้พิการที่พบมากที่สุดคือ ผู้พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว คิดเป็นร้อยละ 49.2 ของจำนวนผู้พิการทั้งหมด (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ, 2550)

รัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้พิการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริการทางด้านกายภาพบำบัด เพราะถือว่าเป็นบริการหนึ่งที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาคอพิการและเสริมสร้างการมีสมรรถภาพที่ดีขึ้นให้แก่ผู้พิการได้ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ, 2550) จึงมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้พิการขึ้นมา 2 ด้าน คือ นโยบายด้านการพัฒนาคนและสังคม และนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2545) เพื่อสนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้พิการมีสิทธิในการเข้ารับบริการทางการแพทย์มากขึ้น (ศิริโชค, 2550) นอกจากนี้ยังมีการผลักดันให้ระบบบริการปฐมภูมิกลายเป็นด่านหน้าในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการ ดังจะเห็นได้จากการระบุนโยบายการดูแลผู้พิการเป็นภารกิจหนึ่งของระบบงานบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้เนื่องจากเล็งเห็นว่า การให้บริการที่มีคุณภาพตั้งแต่แรกเริ่มจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของความพิการลงได้ ซึ่งไม่เพียงแต่จะช่วยให้ผู้พิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่านั้น หากแต่ยังสามารถช่วยลดภาระต่างๆ ในการจัดบริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ตามจำนวนผู้พิการที่เพิ่มมากขึ้นด้วย (ขนิษฐา และคณะ, 2546; พวงแก้ว, 2550; เพ็ญศรี, 2548; WHO, 2007) และเพื่อให้การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในระดับปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการจัดทำมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการและใช้ควบคุมคุณภาพบริการ โดยกำหนดงานบริการที่เกี่ยวข้องกับการ

ดูแลผู้พิการโดยตรงไว้ 2 งาน คือ งานให้บริการดูแลประชากรผู้พิการ และงานบริการเยี่ยมบ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550)

จังหวัดแห่งหนึ่งมีผู้พิการทุกประเภทในพื้นที่มากถึง 10,963 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด จำนวน 4,485 คน และมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่คอยให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการ จำนวน 193 แห่ง และจากการศึกษานำร่องสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ดูแลรับผิดชอบผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด และใช้มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน หมวดยุทธศาสตร์ให้บริการดูแลประชากรผู้พิการ และหมวดยุทธศาสตร์เยี่ยมบ้าน เป็นแนวทางในการจัดบริการให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว แต่การดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีการประเมินว่า การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการกลุ่มดังกล่าวของหน่วยบริการปฐมภูมิมีคุณภาพมากน้อยเพียงใด เนื่องจากระบบการประเมินคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังคงเป็นการประเมินในลักษณะภาพรวมของบริการที่จัดให้แก่ประชาชนทุกกลุ่ม ยังไม่ได้มีการประเมินเจาะลึกลงไปถึงกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการประเมินจึงอาจยังไม่สะท้อนข้อเท็จจริงในการที่จะนำไปแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด

ด้านสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โครงสร้างการจัดการภายในหน่วยบริการปฐมภูมียังมีความพร้อมไม่เพียงพอต่อการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทั้งด้านนโยบายการดำเนินงานที่ยังไม่ชัดเจน ด้านบุคลากร ที่พบว่า ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านผู้พิการ โดยตรง ส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ก็ยังมีความรู้จำกัดในการให้บริการสนับสนุนทรัพยากรในการปฏิบัติงานก็ยังคงกระจายลงไปไม่ถึงบริการระดับปฐมภูมิ ส่วนตัวผู้พิการเองก็ยังไม่พึงพอใจต่อการที่ให้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมองว่าหน่วยบริการปฐมภูมิยังให้การรักษาได้ไม่มากและไม่เต็มที่ และจะใช้การส่งต่อเสมอ จึงทำให้เกิดความไม่มั่นใจในที่จะเข้ารับบริการ (เนตรนภา, 2546; ศิวีไลซ์, 2551; สุวิทย์และคณะ, 2540)

นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งครอบคลุมงานด้านผู้พิการด้วย พบว่า บุคลากรที่มีความรู้ในการให้บริการที่เพียงพอ มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติงานได้สำเร็จและมีคุณภาพมากกว่าบุคลากรที่ขาดคุณสมบัติดังกล่าว และถ้าหากบุคลากรคนนั้นได้รับการฝึกอบรมต่อเนื่อง มีภาระงานที่รับผิดชอบเหมาะสม สามารถทุ่มเทเวลาให้กับการปฏิบัติงานแต่ละงานได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนด้านการดำเนินงานอย่างเพียงพอทั้งด้านบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ และมีระบบบริหารจัดการที่ดี ก็จะเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้การดำเนินงานนั้นเป็นไปอย่างราบรื่น เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร (จุฬาร, 2549; ธนาวิทย์, 2548;

นงนุช, 2546; ประจักษ์, 2548; ผกาพรรณ, 2548; พวงรัตน์, 2548; มนูญ, 2540; ชรรยง, 2550; สุพิชญา, 2546; เสาวมาศ, 2545; Irurita, 1999; Schermerhorn, et al., 2003; Starfield, 1992; Steers, 1977; Zonsius & Murphy, 1995) สอดคล้องกับแนวคิดของแม็คคอร์มิคและอิลเกิน (McCormick & Ilgen, 1985) ที่กล่าวว่า ผลการดำเนินงานขององค์กร ขึ้นอยู่กับ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม ความรู้ความสามารถ ความถนัด ลักษณะทางบุคลิกภาพ ลักษณะทางกายภาพ ความสนใจและแรงจูงใจ และ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ อันได้แก่ ลักษณะโครงสร้างและนโยบายขององค์กร สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานทั้งตัวบุคคล งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การฝึกอบรม การบังคับบัญชา อำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงานและการช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง สภาพแวดล้อมในการทำงาน และสภาพแวดล้อมในสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อการดำเนินงานขององค์กร

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิยังขาดการติดตามและประเมินคุณภาพอย่างจริงจัง จึงทำให้ไม่สามารถชี้ชัดได้ว่า ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิมีสมรรถภาพในการจัดบริการมากน้อยแค่ไหน อีกทั้งยังไม่ทราบว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับคุณภาพบริการสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ โดยใช้กรอบเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของกระทรวงสาธารณสุขเป็นแนวทางในการวัดคุณภาพบริการสุขภาพ และใช้แนวคิดของแม็คคอร์มิคและอิลเกิน (McCormick & Ilgen, 1985) ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ สามารถแก้ไขปัญหาที่เป็นข้อจำกัดในการจัดบริการได้อย่างตรงจุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

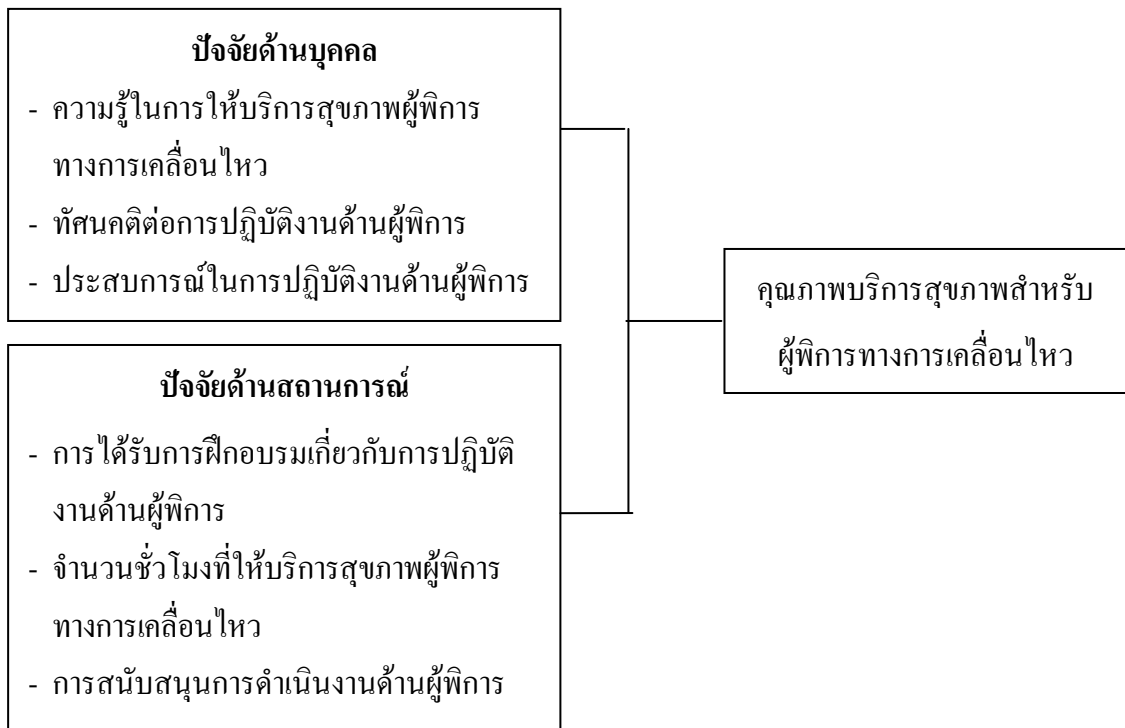
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. เพื่อศึกษาปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยด้านความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือไม่ เพียงใด
3. ปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนในหมวดการดูแลประชากรผู้พิการ และหมวดการบริการเยี่ยมบ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550) เป็นกรอบในการวัดคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของแม็คคอร์มิคและอิลเกิน (McCormick & Ilgen, 1985) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการสุขภาพมี 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ และจากการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้ได้ปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

นิยามศัพท์

คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง ผลการประเมินการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งทำการประเมินจากกิจกรรมบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวโดยตรง 2 หมวด คือ หมวดการให้บริการดูแล

ประชากรผู้พิการ และหมวดค่าบริการเยี่ยมบ้าน แปลผลระดับคุณภาพบริการตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการบริการ คือ ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของคะแนนรวม จึงจะถือว่ามึบริการนั้นมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ

ความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง ความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เกี่ยวกับบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (medical rehabilitation) สำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความพิการ วิธีการดูแลรักษาและการฟื้นฟูความพิการ ตลอดจนการป้องกันและรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้พิการทางการเคลื่อนไหว วัดค่าตัวแปรโดยใช้แบบสอบถาม ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ใช่ หรือไม่ใช่

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ วัดค่าตัวแปรโดยใช้แบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ หมายถึง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งวัดจากระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตนเองปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน โดยคิดเป็นจำนวนปี การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ หมายถึง การได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ วัดค่าตัวแปรโดยใช้แบบสอบถาม ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ เคยได้รับการฝึกอบรม หรือ ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม

จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคำนวณเป็น จำนวนชั่วโมง/เดือน

การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ จากเครือข่ายบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล และ/หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ วัดค่าตัวแปรโดยใช้แบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งศึกษาในพื้นที่ของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ และศึกษาเฉพาะในมุมมองของผู้ให้บริการเท่านั้น โดยคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เป็นผลการประเมินการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน หมวดการให้บริการดูแลประชากรผู้พิการ และหมวดบริการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 132 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนธันวาคม 2552 ถึง เดือนมกราคม 2553

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ สามารถแก้ไขปัญหาที่เป็นข้อจำกัดในการจัดบริการได้อย่างตรงจุด
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทุกระดับในการวางแผนพัฒนาเชิงนโยบาย เพื่อส่งเสริมให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถกลายเป็นด่านหน้าในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างแท้จริง

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดและลักษณะของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว
2. การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในประเทศไทย
3. การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ
5. คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

แนวคิดและลักษณะของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

จากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับความพิการ พบว่า การพิจารณาความพิการส่วนใหญ่ใช้กรอบแนวคิดทางการแพทย์เป็นหลัก (นิตยา, 2551) โดยมองว่า “ความพิการ” เป็นสถานะทางสุขภาพอย่างหนึ่ง ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิตในสังคม อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพอื่น เช่น การเจ็บป่วย การได้รับการบาดเจ็บ หรือการได้รับสารพิษ เป็นต้น (สุวิทย์ และคณะ, 2540) องค์การอนามัยโลกได้อธิบายถึงความพิการไว้ใน 3 ลักษณะได้แก่ 1) ความบกพร่อง (impairment) คือความสูญเสียหรือความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกาย สติปัญญา หรือจิตใจ 2) ความพิการ (disability) คือ ข้อจำกัด

หรือการขาดสมรรถภาพที่จะทำกิจกรรมใดๆ เยี่ยงคนปกติทั่วไป และ 3) ความด้อยโอกาส (handicap) คือความเสียเปรียบหรือความจำกัดของบุคคลทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ทัดเทียมคนปกติได้ (WHO, 2000) ซึ่งสามลักษณะนี้มีความสัมพันธ์กันคือ ความพิการต้องเป็นผลมาจากความบกพร่องเสมอ แต่ผู้ที่มีความบกพร่องไม่มากอาจไม่ส่งผลให้เกิดความพิการก็ได้ และความด้อยโอกาสของบุคคลอาจมาจากการมีความพิการหรือความบกพร่องแค่นั้นก็ได้ ดังนั้นในการระบุว่าบุคคลใดเป็น “ผู้พิการ” อาจพิจารณาจากความบกพร่องหรือความพิการ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องโดยตรง หรือพิจารณาจากความด้อยโอกาสในสังคม ซึ่งต้องเป็นผลมาจากความบกพร่องและ/หรือความพิการเท่านั้น (วัชรวิภา, 2542) และเนื่องจากผู้พิการแต่ละคนมีความพิการแตกต่างกัน องค์การอนามัยโลก จึงจำแนกผู้พิการออกเป็น 6 ประเภท โดยพิจารณาตามลักษณะความพิการ ดังนี้ คือ 1) ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว 2) ผู้พิการทางการได้ยิน 3) ผู้พิการทางการมองเห็น 4) ผู้พิการทางสติปัญญา หรือการเรียนรู้ 5) ผู้พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม และ 6) ผู้พิการซ้ำซ้อน (WHO, 2000)

สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของคนพิการว่า หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป (สุกัญญา, 2551) ซึ่งได้มีการจำแนกผู้พิการตามลักษณะความพิการออกเป็น 6 ประเภท ดังนี้ 1) ผู้พิการทางการมองเห็น 2) ผู้พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 3) ผู้พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว 4) ผู้พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก 5) ผู้พิการทางสติปัญญา และ 6) ผู้พิการทางการเรียนรู้ (สุพล, 2552) ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มุ่งศึกษาในผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ดังนั้นจึงขอกล่าวถึงเฉพาะผู้พิการประเภทนี้เท่านั้น

ลักษณะของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) ได้ให้นิยามของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ว่าหมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกาย ซึ่งอาจจะเป็นส่วนใดส่วนหนึ่ง หลายส่วน หรือทั้งร่างกาย จนทำให้การเคลื่อนไหวไม่เป็นปกติ เช่น แขนขาด ขาขาด โปลิโอ คอเอียง เป็นต้น ความผิดปกติจากความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวตามกฎหมายในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ระบุว่าสามารถวินิจฉัยได้ใน 2 ลักษณะ คือ ผู้ที่มีความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม

ทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และ
ภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน และผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว
หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมใน
กิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะ
ในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขนขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือ
ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงาน มือ เท้า แขน ขา (ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ, 2552)

ส่วนการประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวนั้น โดยทั่วไปจะมีการ
การประเมินและตรวจสอบจาก 2 ลักษณะ คือ (สุกัญญา, 2542)

1. สังเกตจากลักษณะภายนอก เพื่อหาความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกาย
ที่เห็นได้อย่างชัดเจน เช่น คางผิดปกติ ปากแหว่ง นิ้วด้วน กุด เดินกะเผลก เป็นต้น

2. ประเมินจากความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือลำตัว จากการ
ซักถามถ้าผู้ให้ข้อมูลเชื่อถือได้ หรือให้ทำกิจกรรมที่กำหนด โดยผู้ถูกประเมินต้องไม่ใช่อุปกรณ์
หรือเครื่องช่วยคนพิการ รวมทั้งไม่มีพิสัยจำกัดอยู่ด้านข้าง ทั้งนี้ต้องทำกิจกรรมได้โดยปลอดภัย
ในเวลาใกล้เคียงกับคนปกติในวัยเดียวกันดังนี้

2.1 กิจกรรมรับประทานอาหาร ได้แก่ การใช้มือจับช้อนและส้อมตักอาหาร
เข้าปาก การใช้มือยกแก้วน้ำขึ้นดื่ม (ประเมินแต่ละข้าง)

2.2 กิจกรรมการทรงตัว ได้แก่ การใช้มือข้างหนึ่งหิวผม และอีกข้างหนึ่ง
ช่วยจัดแต่งผม การใช้มือ 2 ข้างติดกระดุม สวมผ้าถุง กระโปรง หรือกางเกง

2.3 กิจกรรมเคลื่อนย้ายตัวโดยใช้ลำตัวเป็นหลัก ได้แก่ การพลิกตัวบน
เตียง การลุกจากนอนเป็นนั่งเป็นยืน

2.4 กิจกรรมเคลื่อนที่ ได้แก่ การเดินบนพื้นราบไม่น้อยกว่า 10 ก้าว
(ประเมินแต่ละข้าง) การก้าวขึ้นลงบันไดสลักขา ไม่น้อยกว่า 4 ชั้น หากทำได้โดยไม่ต้องจับราวบันได
เท่านั้น ถือว่าไม่ผ่านกิจกรรมนี้ โดยวิธีสังเกตการก้าวขาแต่ละข้างว่าขึ้นลงสลักขาได้จริง

การประเมินระดับความพิการของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

เนื่องจากผู้พิการแต่ละคนมีระดับความพิการแตกต่างกัน ดังนั้นในการประเมินระดับ
ความพิการของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จึงได้มีการแบ่งระดับความผิดปกติของผู้พิการประเภทนี้
ไว้ 5 ระดับ ตามหลักเกณฑ์ในกฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคน
พิการ พ.ศ. 2534 ดังนี้ (นิตยา, 2551)

ระดับที่ 1 มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจน แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้

ระดับที่ 2 มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ลำตัว มือ แขน หรือ ขา แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้

ระดับที่ 3 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัวหรือ 2 รยางค์ (แขนหรือขา น้อยกว่า 2 ข้าง)

ระดับที่ 4 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัว หรือ 2 รยางค์ (แขนหรือขาเพียง 2 ข้าง)

ระดับที่ 5 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือ 2 รยางค์ (แขนหรือขา มากกว่า 2 ข้าง)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน และผู้ที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว จนทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน หรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้ ส่วนการประเมินระดับความพิการนั้นจะขึ้นอยู่กับความพิการที่ยังคงอยู่ของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว แต่ละคนเมื่อสิ้นสุดการรักษาพยาบาลแล้ว ซึ่งจะเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในประเทศไทย

ประเทศไทย ได้ดำเนินการให้บริการสุขภาพผู้พิการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2484 โดยเริ่มให้บริการในรูปแบบของสถานสงเคราะห์ (เพ็ญภัค, 2548) ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางบริการสังคม (สุวิทย์ และคณะ, 2540) จนกระทั่งเมื่อปี พ.ศ. 2514 สมาคมฟื้นฟูคนพิการระหว่างประเทศ ได้ประกาศให้ ปี พ.ศ. 2514-2524 เป็นทศวรรษแห่งการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (the Decade of Medical Rehabilitation) และในปี พ.ศ. 2518 ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ก็มีการประกาศปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการออกมาด้วย (เพ็ญภัค, 2548; วัชรวิภา, 2542) ส่งผลให้ประเทศไทยมีการจัดทำนโยบายด้านสาธารณสุขขึ้น โดยมุ่งเน้นให้การสงเคราะห์ด้านบริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ซึ่งรวมถึงผู้พิการด้วย ถัดมาในปี พ.ศ. 2519 คณะรัฐมนตรีมีมติแต่งตั้งคณะกรรมการสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และคณะอนุกรรมการสาขาต่างๆ 5 สาขา ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการฝ่ายการแพทย์ ฝ่ายการศึกษา ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายฟื้นฟูอาชีพ และฝ่ายการศึกษาและกฎหมาย เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ซึ่งในปีเดียวกันนี้ ก็ยังได้มีการยกพระราชบัญญัติเพื่อผู้พิการฉบับแรกขึ้นในประเทศไทยด้วย

(เนตรนภา, 2546; เพ็ญภัค, 2548; วัชรวิภา, 2542; ศิวาลี, 2551) ปี พ.ศ.2523 เริ่มมีโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการและผู้ทุพพลภาพขึ้นภายใต้นโยบายด้านสาธารณสุข โดยมีการจัดตั้งหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูขึ้นในโรงพยาบาลระดับจังหวัด (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ปี พ.ศ. 2524 มีการประกาศให้เป็นปีคนพิการสากล (The International Year of Disabled Persons: IYDP) โดยมีเจตนารมณ์เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการดำเนินการใน 3 เรื่องสำคัญ คือ การป้องกันความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ และความเสมอภาคทางโอกาสในสังคม นอกจากนี้ยังมีการให้ความสำคัญกับแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ โดยให้ถือเอาวันที่ 3 ธันวาคมของทุกปีเป็นวันคนพิการสากลด้วย (เนตรนภา, 2546; เพ็ญภัค, 2548; วัชรวิภา, 2542) ในปีนี้รัฐบาลไทยได้สมัครเป็นสมาชิกขององค์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการระหว่างประเทศ และเริ่มมีการจัดทำแผนการสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการระยะยาวขึ้นเป็นครั้งแรก โดยมีกรมประชาสงเคราะห์เป็นแกนหลักในการดำเนินงาน และในปีเดียวกันนี้รัฐบาลไทยยังมีการจัดกิจกรรมต่างๆ เนื่องในปีคนพิการสากลที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนดขึ้นด้วย (ศิวาลี, 2551)

ต่อมาปี พ.ศ.2526 องค์การสหประชาชาติประกาศให้ พ.ศ.2526-2535 เป็นทศวรรษของคนพิการและได้มีการจัดทำ “แผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยเรื่องคนพิการ” (World Program of Action Concerning Disabled Persons) ขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมมาตรการในการป้องกันความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ และการตระหนักว่าผู้พิการต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมในการดำรงชีวิต (เพ็ญภัค, 2548; วัชรวิภา, 2542) ส่งผลให้รัฐบาลไทยมีการประกาศใช้แผนการสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติระยะยาว (พ.ศ.2525-2534) และมีมติให้จัดการประชุมสมัชชาคนพิการแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ขึ้น ซึ่งผลจากการประชุมในครั้งนั้นก็เป็นที่มาให้มีการจัดตั้งสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทยขึ้น (เนตรนภา, 2546; ศิวาลี, 2551)

ปี พ.ศ.2534 ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้รับการพิจารณาและมีการประกาศใช้เป็นกฎหมายได้เป็นผลสำเร็จ (เพ็ญภัค, 2548) โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อส่งเสริมให้ผู้พิการได้รับสิทธิและโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ, 2550) ต่อมาในปี พ.ศ.2535-2536 ได้เริ่มมีการสร้างหลักประกันสุขภาพในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขขึ้น โดยกำหนดให้ผู้พิการเป็นกลุ่มเป้าหมายกลุ่มหนึ่งที่จะต้องได้รับการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลฟรี (ศิวาลี, 2551) ทั้งนี้เนื่องจากได้รับอิทธิพลจากภายนอกประเทศ เมื่อคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกแห่งสหประชาชาติ (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific: ESCAP) ได้ประกาศให้ปี พ.ศ. 2536-2545 เป็นทศวรรษของคนพิการแห่งภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (The Asian

and Pacific Decade of Disabled Persons) โดยมุ่งส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และมีโอกาสที่เท่าเทียมกันของผู้พิการ (เพ็ญภัก, 2548; วัชรวิภา, 2542)

ถัดมาในปี พ.ศ.2537 ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และประกาศปรับปรุงพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2537 กำหนดให้นายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบและตั้งเป็น “กองทุนเงินทดแทน” เพื่อช่วยเหลือลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเนื่องจากการทำงานจนถึงพิการหรือทุพพลภาพ และในปีนี้ ผู้พิการที่จดทะเบียนเริ่มมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 (ศิริไลซ์, 2551) โดยมีการออกกฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (2537) ตามความที่กำหนดในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 แบ่งประเภทของผู้พิการออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) คนพิการทางการมองเห็น 2) คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย 3) คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว 4) คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม และ 5) คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ (สุกัญญา, 2551) และประกาศใช้กฎกระทรวง ฉบับที่ 3 (2537) เพื่อระบุถึงสิทธิทางการแพทย์ที่ผู้พิการจะได้รับภายหลังจากการได้รับการจดทะเบียนตามหลักเกณฑ์เรียบร้อยแล้ว ซึ่งครอบคลุมบริการด้านการฟื้นฟูทางการแพทย์ดังนี้ 1) การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่น ๆ 2) การให้คำแนะนำปรึกษา 3) การให้ยา 4) การศัลยกรรม 5) การพยาบาลเวชกรรมฟื้นฟู 6) กายภาพบำบัด 7) กิจกรรมบำบัด (อาชีพบำบัด) 8) พฤติกรรมบำบัด 9) จิตบำบัด 10) สังคมสงเคราะห์และสังคมบำบัด 11) การแก้ไขการพูด (ออโรดบำบัด) 12) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินและการสื่อความหมาย และ 13) การให้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยคนพิการ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ, 2550)

นอกจากนี้ยังกำหนดว่าผู้พิการซึ่งรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยวิธีการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข หรือสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด จะได้รับการยกเว้นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามรายการข้างต้น รวมทั้งค่าห้อง และค่าอาหารไม่เกินอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล และในกรณีต้องใช้อุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริมหรือเครื่องช่วยผู้พิการให้สถานพยาบาลดังกล่าวจัดหาอุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริมหรือเครื่องช่วยผู้พิการให้แก่ผู้พิการนั้น ถ้าสถานพยาบาลไม่มีอุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริมหรือเครื่องช่วยผู้พิการดังกล่าวให้สถานพยาบาลนั้นขอเบิกจากศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เมื่ออุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริมหรือเครื่องช่วยผู้พิการชำรุด บกพร่อง จำเป็นต้องซ่อมแซมหรือเปลี่ยนแปลงชิ้นส่วนของอุปกรณ์ และสถานพยาบาลข้างต้นสามารถดำเนินการให้ได้ ให้สถานพยาบาลดังกล่าวบริการซ่อมแซมหรือ

เปลี่ยนแปลงชิ้นส่วนของอุปกรณ์ดังกล่าวให้โดยไม่คิดมูลค่า (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ, 2550)

ปี พ.ศ. 2545 มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เพื่อสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพให้ประชาชนคนไทยทุกคน โดยจะดำเนินงานภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) สำหรับผู้พิการ สิทธิที่จะได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะอยู่ในรูปของบัตรประกันสุขภาพหรือที่เรียกว่า “บัตรทอง” ซึ่งเป็นบัตรทองประเภทที่ได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียม โดยผู้พิการที่ลงทะเบียนบัตรทองคนพิการเรียบร้อยแล้วจะได้รับบัตรทองที่ระบุสิทธิย่อย ท.74 และจะได้รับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2 ประการ คือ 1) สิทธิประโยชน์หลัก ได้แก่ บริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ ที่หมายความรวมถึง บริการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจ การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล โดยสามารถรับบริการได้ที่ สถานีนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งและโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ 2) สิทธิเฉพาะสำหรับคนพิการ ได้แก่ สิทธิยกเว้นค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อการเข้ารับบริการทุกครั้ง สิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในและนอกหน่วยบริการ ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การประเมิน/แก้ไขการพูด จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด การฟื้นฟูการได้ยิน การฟื้นฟูการมองเห็น การรับอุปกรณ์เครื่องช่วยตามประเภทความพิการ และการพัฒนาศักยภาพในรูปแบบอื่นๆ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549)

ปี พ.ศ. 2550 มีการประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 แทน ซึ่งพระราชบัญญัตินี้ฉบับดังกล่าวถือเป็นแม่บทแนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน เพราะมีการปรับแก้และเพิ่มเติมสาระให้ครอบคลุมกว้างขวาง มีความสมบูรณ์ รัดกุม และมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติมากขึ้น เพื่อประโยชน์ของผู้พิการ โดยแท้จริง (บัญญัติ, 2551) นอกจากนี้ยังมีการออกประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ว่าด้วยเรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ เพื่อใช้ในการพิจารณาลักษณะผู้พิการแต่ละประเภท และออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเรื่องบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการทางด้านการแพทย์ให้แก่ผู้พิการ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การให้สิทธิในการเข้ารับบริการทางการแพทย์แก่ผู้พิการ ในปัจจุบันมาจาก 2 แหล่ง คือ สิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้ผู้พิการทุกคน สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างทั่วถึง แต่เนื่องจากทั้งสองสิทธิยังคงให้ความคุ้มครองผู้พิการในระดับความพิการที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงทำให้ฐานข้อมูล ผู้พิการของหน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกัน รวมทั้งสิทธิที่ผู้พิการจะ ได้รับจากแต่ละหน่วยงานด้วย ดังรายละเอียดในตาราง 1 (สุกัญญา, 2551)

ตาราง 1

ความแตกต่างระหว่างหลักเกณฑ์ประเมินระดับความพิการเพื่อรับสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพ.ศ. 2550 และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเภท	เกณฑ์ประเมิน	เกณฑ์ประเมิน
	ระดับความพิการที่ใช้จัดทะเบียน สมุดคู่มือประจำตัวคนพิการและ ได้รับสิทธิตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมฯ	ระดับความพิการเพื่อให้ได้รับสิทธิ ในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (ท. 74)
1. ทางกรมมองเห็น	ทุกระดับความพิการ (สายตาเลือนราง-ตาบอดขั้นที่ 3)	ทุกระดับความพิการ (สายตาเลือนราง-ตาบอดขั้นที่ 3)
2. ทางการได้ยินหรือ สื่อความหมาย	ระดับ 2 – 5 (หูตึงปานกลาง – หูหนวก)	ตั้งแต่ระดับ 1 -5 หรือทุกระดับ (หูตึงน้อย – หูหนวก)
3. ทางกายหรือการ เคลื่อนไหว	ระดับ 3 – 5	ระดับ 2 – 5
4. ทางจิตและ พฤติกรรม	ระดับ 1 – 2 (ระดับที่ช่วยตัวเองไม่ได้รับกาน ความสงบสุขของผู้อื่น – ระดับที่ อยู่คนเดียวตามลำพังช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้)	ระดับ 1 – 4 (ระดับที่ช่วยตัวเองไม่ได้รับกาน ความสงบสุขของผู้อื่น – ระดับที่ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเลี้ยงตัวเองได้)

ตาราง 1 (ต่อ)

ประเภท	เกณฑ์ประเมิน ระดับความพิการที่ใช้จัดทะเบียน สมุดคู่มือประจำตัวคนพิการและ ได้รับสิทธิตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมฯ	เกณฑ์ประเมิน ระดับความพิการเพื่อให้ได้รับสิทธิ ในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (ท. 74)
5. ทางสติปัญญา		
5.1 ปัญญาอ่อน และเรียนรู้ช้า	ระดับ 3 – 5 (ปัญญาอ่อนระดับน้อย – ระดับ รุนแรง) โดยพิจารณาจาก IQ	ระดับ 2 – 5 (ระดับที่ช่วยเหลือตนเองได้และ ต้องการศึกษาพิเศษ – ระดับที่ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องการ ความช่วยเหลือมาก)
5.2 ออทิสติก	(เดิมไม่ได้กำหนดแยกจากประเภท พิการทางสติปัญญาและการ เรียนรู้) โดยพิจารณาจาก IQ	ระดับ 2 – 4 (ระดับที่ประกอบกิจวัตรได้แต่ต้อง มีผู้ดูแลแนะนำ – ประกอบกิจวัตร หลักในชีวิตประจำวันไม่ได้เลย) โดยพิจารณาจากระดับพฤติกรรม

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) หมายถึง สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (สำเร็จ และรุจิรา, 2545) ที่คอยให้บริการสุขภาพด้านแรกแก่ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน (ยงยุทธ, 2542; สุพัตรา และคณะ, 2542; starfield, 1992) เป็นบริการที่ไม่ได้เน้นการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง แต่ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมจิตวิทยาที่ผสมผสานกับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข พร้อมทั้งทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชนและใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดบริการ (อารี และคณะ, 2543) มีภารกิจหลักคือจัดบริการที่ผสมผสานกันระหว่างงาน 4 มิติ ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตัวเองของประชาชน รวมทั้งเป็นบริการที่ประชาชนต้องร่วมรับผิดชอบในการดูแลสถานะสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องและหลากหลายตั้งแต่ก่อนป่วย

ขณะป่วย และช่วงการฟื้นฟู พร้อมทั้งจัดทำระบบข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต และทำ
หน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการที่ต่อเนื่อง และส่งต่อไปรับบริการที่
อื่นอย่างเหมาะสม (พงษ์พิสุทธิ และทัศนีย์, 2542; คำเรียง และรุจิรา, 2548)

ดังนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิ จึงหมายถึง สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่
คอยให้บริการสุขภาพด่านแรกแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยการ
จัดบริการด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงและประสานการให้บริการ
สุขภาพกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบ
สุขภาพของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี

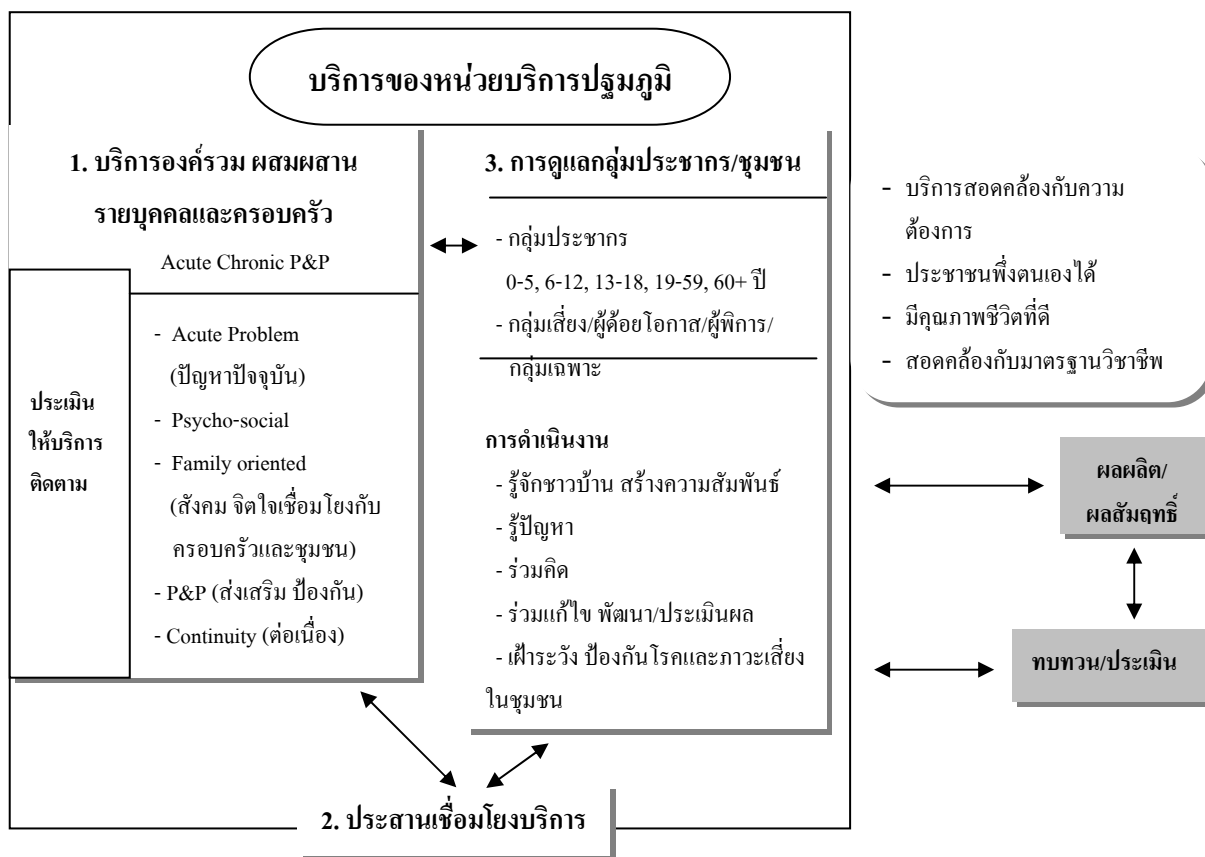
การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน จะบูรณาการงานที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่
งานบริการประชาชน งานบริหารจัดการ และงานด้านวิชาการต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อจัดเป็นระบบ
บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และก่อให้เกิดการบริหารทรัพยากรอย่างมี
ประสิทธิภาพ และเนื่องจากบทบาทหน้าที่หลักของหน่วยบริการปฐมภูมิคือการให้บริการสุขภาพ
ด่านแรกแก่ประชาชน ดังนั้นในงานบริการประชาชนจึงมีการแบ่งองค์ประกอบย่อยที่สำคัญ
ออกเป็นอีก 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550)

1. การบริการแบบองค์รวมผสมผสานรายบุคคลและครอบครัว โดยผู้รับบริการ
ได้รับการประเมินสถานะปัญหาปัจจุบัน สภาพทางด้านจิตใจและสังคมเชื่อมโยงกับครอบครัวและ
ชุมชน ได้รับบริการครอบคลุมมิติของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ
การฟื้นฟูสภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
รวมถึงการติดตามผลการให้บริการเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. การประสานและเชื่อมโยงบริการ เป็นการจัดระบบความเชื่อมโยง ระหว่าง
บริการในกลุ่มประชาชนหรือชุมชน บริการหลักในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ตลอดจนการส่ง
ต่อไปรับบริการที่สถานบริการระดับอื่น หรือการส่งต่อผู้รับบริการให้แก่ชุมชน เพื่อให้เกิดบริการที่
ต่อเนื่อง บูรณาการ และตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างครอบคลุม

3. การดูแลสุขภาพตามกลุ่มประชากร (population based) เป็นการดูแลสุขภาพของ
ประชากรในลักษณะรวมเป็นกลุ่ม ให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงของประชากรแต่ละกลุ่ม ใช้
กระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยกระบวนการมีส่วน
ร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจัดกิจกรรมทั้งในสถานบริการและในชุมชน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจัดแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ
แบบองค์รวมผสมผสานรายบุคคลและครอบครัว การประสานเชื่อมโยงบริการ และการดูแลสุขภาพ
ตามกลุ่มประชากร ซึ่งงานทั้งสามส่วนนี้ต่างมีการประสานเชื่อมโยงกัน สามารถสรุปได้ดังแผนภาพ 1



ภาพ 2 การจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550)

สำหรับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการของหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระบุให้การดูแลผู้พิการเป็นภารกิจหนึ่งของระบบงานบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเพื่อให้การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงมีการจัดทำมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการและใช้ควบคุมคุณภาพบริการ โดยให้คำจำกัดความผู้พิการ ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งมีความสามารถจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวัน และยังคงแบ่งประเภทของความพิการออกเป็น 5 ประเภท เช่นเดียวกับที่กำหนดในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ทั้งนี้เนื่องจากช่วงเวลาที่มีการประกาศใช้มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ยังมีผลบังคับใช้อยู่ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดแผนการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งระบุวัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินงาน ประเด็นคุณภาพสำคัญ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ไว้ดังรายละเอียดในตาราง 2 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550)

ตาราง 2

แผนการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์	กระบวนการหลัก	ประเด็นคุณภาพสำคัญ	ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์
1. เพื่อช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพผู้พิการให้สามารถช่วยเหลือตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข	1. เยี่ยมบ้าน/การตรวจค้นหาผู้พิการ คัดกรอง และประเมินความพิการ 2. ประสานผู้นำชุมชน/องค์กร	1. ผู้พิการได้รับการดูแล ค้นหา ประเมินรับรองความพิการจากหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างครอบคลุม	1. ผู้พิการได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว/ชุมชน 2. ผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ได้รับการเยี่ยมบ้าน
2. เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้พิการ	ปกกรองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงานอื่นๆ ในการช่วยเหลือด้านสังคม	2. ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส ระดับที่ 1-3 ได้รับการช่วยเหลือด้านสังคม	3. ครอบครัวสามารถดูแลผู้พิการได้ 4. ผู้พิการสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้
3. เพื่อประสานและดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและผู้พิการ	สงเคราะห์การแพทย์ และด้านอื่นๆ แก่คนพิการ 3. ร่วมมือ/ประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การดูแลผู้พิการในการดูแลผู้พิการ และพัฒนาศักยภาพผู้พิการทุกระดับให้สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้	สงเคราะห์การแพทย์ และสวัสดิการจากหน่วยงานราชการต่างๆ อย่างเหมาะสม 3. ผู้พิการ และครอบครัวได้รับการแนะนำ ดูแลด้านการจัดบ้านที่เหมาะสม	5. ผู้พิการได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการทุกราย

ส่วนกิจกรรมบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องดำเนินการให้บริการแก่ผู้พิการเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น จัดอยู่ในหมวดงานบริการประชาชน ซึ่งมีงานที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการ โดยตรงอยู่ 2 งาน คือ งานให้บริการดูแลประชากรผู้พิการ และงานบริการเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมที่ต้องดำเนินการด้านผู้พิการดังต่อไปนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550)

1. จัดทำทะเบียนประชากรกลุ่มผู้พิการในพื้นที่ที่เป็นปัจจุบัน
2. รู้จักสภาพของกลุ่มเป้าหมาย (ข้อมูลสถานะ สุขภาพ ปัญหา วิถีชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)
3. มีการประสานงานและดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และช่วยเหลือด้านสังคม เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา/เครือข่ายพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ฯลฯ
4. มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชากรกลุ่มผู้พิการ
5. มีการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพและภาวะเสี่ยง รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนให้แก่ประชากรกลุ่มผู้พิการ
6. มีการดำเนินงานเพื่อดูแล พัฒนา แก้ไขปัญหากลุ่มผู้พิการ ได้ครอบคลุม
 - 6.1 สนับสนุนเครือข่าย/กลุ่มผู้พิการ
 - 6.2 ฟื้นฟูสุขภาพ
 - 6.3 ประสานการช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดยการประสานกับผู้นำชุมชน/อสม./องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/เครือข่ายพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามและให้การดูแลช่วยเหลือทางด้านสังคม
7. มีการติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานครอบคลุมทุกกิจกรรม
8. มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยมบ้านครอบคลุมประชากรผู้พิการเพื่อติดตามดูแล
9. ให้บริการเยี่ยมบ้านผู้พิการตามมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนหรือแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาร่วมกับทีมสุขภาพที่เหมาะสม
10. มีการบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้พิการในแฟ้มสุขภาพครอบครัว (family folder) หรือบันทึกอื่นๆ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

จากบทสรุปเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น จะเห็นว่าทั้งวัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินงาน ประเด็น

คุณภาพสำคัญ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ รวมทั้งกิจกรรมบริการต่างๆ สำหรับผู้พิการ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นนั้น เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมผู้พิการทุกประเภท ยังไม่ได้มีแนวทางการจัดบริการเฉพาะสำหรับผู้พิการแต่ละประเภท ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิปัจจุบัน เป็นการให้บริการแก่ผู้พิการทุกประเภท ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน คือมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ในหมวดงานบริการเยี่ยมบ้าน และงานดูแลประชากรผู้พิการ ซึ่งแม้ว่าปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิจะมีการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทุกประเภท ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน แต่วิธีการหรือลักษณะการให้บริการผู้พิการแต่ละประเภทย่อมจะต้องแตกต่างกันตามความเหมาะสมและสภาพความต้องการของผู้พิการ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นกลุ่มผู้พิการที่มีจำนวนมากที่สุดในปัจจุบัน และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มจำนวนและความรุนแรงมากขึ้น เพื่อให้เห็นแนวทางการจัดบริการที่ชัดเจน และนำไปแก้ไขปัญหการจัดบริการเฉพาะกลุ่มได้อย่างมีคุณภาพ

สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของจังหวัดหนึ่งที่อยู่ทางภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย ซึ่งมีขนาดใหญ่เป็นอันดับที่ 27 ของประเทศ และใหญ่เป็นอันดับที่ 3 ของภาคใต้ มีพื้นที่ 7,393.889 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 4,853,249 ไร่ แยกพื้นที่ออกเป็นอำเภอต่างๆ จำนวน 16 อำเภอ 132 ตำบล มีประชากรทั้งหมด 1,355,768 คน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้พิการถึง 10,963 คน และเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด จำนวน 4,485 คน มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นด่านแรกในการให้บริการสุขภาพแก่ประชากรในพื้นที่ทั้งหมด 193 แห่ง กระจายอยู่ใน 16 อำเภอ ลักษณะการทำงานเป็นที่ประสานเชื่อมโยงกันกับโรงพยาบาล โดยหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยงานที่รับนโยบายในการทำงานจากทุกระดับและตอบสนองการทำงานตามเป้าหมาย สำหรับการดำเนินงานด้านบริการผู้พิการหน่วยบริการปฐมภูมิจะดำเนินการตามเป้าหมายหลักของ 2 หน่วยงานคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในฐานะผู้ให้การสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณและกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้กำกับดูแลงานโดยตรง

ผลการศึกษาที่น่าร้อง พบว่า การดำเนินงานจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในปัจจุบัน ใช้เกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นแนวทางในการจัดบริการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง จะมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการหลักหนึ่งคน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพ แต่ถ้าหน่วยบริการปฐมภูมิใดไม่มีพยาบาลวิชาชีพก็จะ

มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ตำแหน่งอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้รับผิดชอบ แต่ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกคนก็จะมีส่วนร่วมในการจัดบริการ สุขภาพให้แก่ผู้พิการ เนื่องจากลักษณะการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิการปฏิบัติงานของ บุคลากรจะแบ่งเป็นเขตพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งจะต้องให้บริการและดูแลประชากรทุกกลุ่ม รวมทั้ง ผู้พิการด้วย

ด้านการให้ความหมายเกี่ยวกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จากการศึกษาสำรวจ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ให้ความหมายผู้พิการ ทางการเคลื่อนไหวไว้ใน 2 ลักษณะคือ ผู้ที่สูญเสียอวัยวะร่างกาย เช่น แขนขาด ขาขาด และผู้ที่ สูญเสียความสามารถทางการเคลื่อนไหว เช่น อัมพาต โปลิโอ จนไม่สามารถทำกิจกรรมในการ ดำรงชีวิตประจำวันหรือประกอบอาชีพได้เหมือนคนปกติ และมีการแบ่งระดับความพิการของ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) ผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คือผู้ที่ สูญเสียอวัยวะร่างกายหรือสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว จนมีผลต่อความสามารถในการ ดำรงชีวิตประจำวัน และ 2) ผู้พิการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คือผู้ที่สูญเสียอวัยวะร่างกายหรือ สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว แต่ความพิการดังกล่าวไม่มีผลต่อความสามารถในการ ดำรงชีวิตประจำวันหรือมีผลบ้างแต่ไม่มาก ซึ่งการแบ่งระดับความพิการดังกล่าวไม่ได้มีการนำ เกณฑ์การประเมินความพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 หรือตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในการตัดสินใจ แต่จะใช้ดุลยพินิจของ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นหลัก ทั้งนี้เพื่อให้การจัดบริการสุขภาพเป็นไปตามความเหมาะสมกับ สภาพของผู้พิการ และให้ความหมายของการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ ว่าคือ การให้บริการ ดูแล รักษา และช่วยเหลือด้านสุขภาพ รวมทั้งด้านอื่นๆ ที่สามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้พิการ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ และอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้อย่างปกติ

ส่วนลักษณะการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในปัจจุบัน ไม่ได้มีแบบแผนการจัดบริการเฉพาะสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากมาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ได้กำหนดคกิจกรรมบริการสำหรับผู้พิการแต่ละประเภทไว้ การให้บริการจึง ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน จึงส่งผลให้การจัดบริการมีความ หลากหลาย และไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่โดยทั่วไปบริการที่จัดให้สำหรับผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ จะแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ ประเภทที่ไม่ใช่บริการสุขภาพ โดยตรง กับประเภทที่เป็นบริการสุขภาพโดยตรง ซึ่งประเภทที่ไม่ใช่บริการสุขภาพโดยตรง ได้แก่ การขึ้นทะเบียนผู้พิการ การจัดทำบัตรทอง และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อให้ผู้พิการได้รับสวัสดิการด้านอื่นๆ ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละบริการดังนี้

1. การขึ้นทะเบียนผู้พิการและการจัดทำบัตรทอง การดำเนินงานในขั้นตอนนี้จะเริ่มตั้งแต่การสำรวจผู้พิการที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อนำมาขึ้นทะเบียนผู้พิการ ซึ่งข้อมูลที่ได้มาจากหลายทางคือ จากการสำรวจของเจ้าหน้าที่เอง เมื่อมีการออกเยี่ยมบ้านรายครอบครัวตามปกติและพบผู้พิการ จึงนำมาขึ้นทะเบียน จากการรายงานประจำเดือนหรือการแจ้งข่าวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่พบผู้พิการในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง จากตัวพิการเองที่มาใช้บริการกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้พิการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จากญาติของผู้พิการที่มาจากแจ้งข่าว และจากใบส่งต่อ (refer) ของโรงพยาบาลที่ส่งตัวผู้พิการกลับ ซึ่งในกรณีสุดท้ายต้องมีการสอบถามข้อมูลจากพื้นที่ก่อน เพื่อยืนยันว่ามีผู้พิการอยู่ในพื้นที่จริง หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจะทำการบันทึกรายชื่อผู้พิการลงในทะเบียน โดยในแบบฟอร์มการลงทะเบียนจะต้องระบุชื่อ นามสกุล ที่อยู่ ลักษณะความพิการ และประเภทของความพิการไว้ ต่อจากนั้นก็รวบรวมหลักฐานเกี่ยวกับตัวผู้พิการ อันประกอบด้วยสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวอื่นที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้พิการอยู่ และสมุดประจำตัวผู้พิการ หรือเอกสารรับรองความพิการ เพื่อส่งไปทำบัตรทองที่ศูนย์จัดทำบัตรทองของอำเภอ ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล และในกรณีที่ผู้พิการยังไม่มีเอกสารรับรองความพิการ ก็จะมีการส่งต่อไปโรงพยาบาล ให้แพทย์ตรวจรับรองความพิการ เพื่อให้ผู้พิการได้รับสิทธิและสวัสดิการทั้งด้านการรักษาพยาบาลและด้านอื่นๆ ที่รัฐจัดให้

2. การประสานงานกับหน่วยงานอื่นและชุมชน การดำเนินงานจัดบริการให้กับผู้พิการของหน่วยบริการปฐมภูมิมีการประสานงานกับหลายหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้พิการตามสภาพปัญหาที่พบ ซึ่งการประสานงานกับแต่ละหน่วยงาน/องค์กรจะมีความแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ และรูปแบบการติดต่อประสานงานจะมีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยส่วนใหญ่หน่วยงาน/องค์กร ที่มีการประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิมิฉะนั้น

2.1 โรงพยาบาล การประสานงานจะมีวัตถุประสงค์หลายอย่าง เช่น เพื่อการรักษาพยาบาลผู้พิการ ในกรณีที่เกินขีดความสามารถในการรักษาของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อการรับรองความพิการ และเพื่อจัดทำบัตรทองสำหรับผู้พิการ รวมทั้งประสานขออุปกรณ์เทียมและอุปกรณ์เสริมให้กับผู้พิการ

2.2 สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ส่วนใหญ่เป็นการประสานงานกันในเรื่องการจัดทำสมุดประจำตัวผู้พิการ เพื่อให้ผู้พิการได้รับสิทธิและสวัสดิการอื่นๆ อันนอกเหนือจากด้านการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้

2.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ เป็นการประสานงานกันเพื่อขอรับการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องช่วยผู้พิการ และของบประมาณในการจัดทำ

โครงการเพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ โดยโครงการดังกล่าวจะต้องอยู่ในขอบเขตที่กำหนด เช่น เพื่อพัฒนาและยกระดับการบริการแบบผสมผสานเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการให้หน่วยบริการ เพื่อพัฒนาและยกระดับการบริการในชุมชน หรือเพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้พิการ เป็นต้น

2.4 องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ส่วนใหญ่เป็นการประสานงานกันเพื่อให้ผู้พิการได้รับการช่วยเหลือด้านสวัสดิการ เช่น เบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการ และการประสานงานที่อยู่ในรูปแบบของโครงการพิเศษที่ไม่ได้เป็นงานประจำ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะเป็นผู้จัดทำโครงการเพื่อผู้พิการ และเสนอต่อ อบต. เพื่อของบประมาณสนับสนุนในการนำมาดูแลผู้พิการตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือหรือการจัดกิจกรรมให้ความรู้ เป็นต้น

2.5 กลุ่มคน และองค์กรต่างๆ ในชุมชน จะเป็นการประสานงานกันเพื่อให้ผู้พิการได้รับสวัสดิการหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้แก่ผู้พิการ อันเนื่องมาจากการได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการหรือร่วมกิจกรรมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีการบริจาคเงินสำหรับการช่วยเหลือให้กับผู้พิการในชุมชนบ้างแต่ไม่มาก

ส่วนประเภทที่เป็นบริการสุขภาพโดยตรง ได้แก่ บริการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งบริการเหล่านี้หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีการจัดให้บริการทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิและบริการที่บ้านหรือที่เรียกว่า การเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละงานดังนี้

1. การจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้านการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการแก่ผู้พิการในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย และอยู่ในขอบเขตความสามารถของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ซึ่งจะให้การรักษาดตามอาการที่พบ โดยกลุ่มผู้พิการที่มารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ถ้าหากเกินขีดความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือพบว่าผู้พิการมีภาวะแทรกซ้อนหลังความพิการที่เห็นชัดเจน เช่น มีแผลกดทับขนาดใหญ่ ลีกลและมีแผลเน่า ก็จะส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลทันที ด้วยวิธีการเขียนใบส่งต่อ (บส.08) ด้านการส่งเสริมป้องกันโรค ส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการในรูปแบบของคำแนะนำ การให้สุขศึกษาที่ครอบคลุมทั้งเรื่องอาหาร การกิน การนั่ง การนอน การออกกำลังกาย รวมทั้งการให้คำแนะนำให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลผู้พิการ ส่วนการดูแลด้านจิตใจ จะสอดคล้องอยู่ในทุกบริการที่ให้กับผู้พิการแล้วในลักษณะการพูดคุยให้กำลังใจ สำหรับบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนใหญ่จะเป็นไปในลักษณะการให้คำแนะนำ การสอน วิธีการทำกายภาพเบื้องต้น โดยการสาธิตการจัดท่าทาง การออกกำลังกายขยับแขนขาให้ทั้งตัวผู้พิการและญาติ โดยลักษณะการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้พิการนั้น ไม่ได้เป็น

การทำกายภาพให้กับผู้พิการเหมือนกิจกรรมที่นักกายภาพบำบัดทำในโรงพยาบาล แต่เป็นการให้คำแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความรู้ที่เจ้าหน้าที่มีเท่านั้น

2. บริการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่จะให้บริการครอบคลุมทั้งงานรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ เช่น การให้การรักษาพยาบาลหรือการทำหัตถการ เช่น การทำแผล การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ และการจับเสมหะในกรณีที่ผู้พิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือไม่สามารถมารับบริการได้เองที่สถานบริการ ส่วนการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ จะทำเช่นเดียวกับการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ความถี่ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้านนั้น ไม่ได้มีเกณฑ์พิจารณาที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะพิจารณาตามลักษณะของผู้พิการ เช่น ถ้าผู้พิการมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของความพิการ ความถี่ในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้านอาจจะต้องบ่อยครั้ง แต่ถ้าเป็นกลุ่มผู้พิการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้วความถี่ในการเยี่ยมอาจจะน้อยลง แต่ก็มีกำหนดไว้ว่า ต้องมีการเยี่ยมบ้านผู้พิการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งการเยี่ยมบ้านของผู้พิการกลุ่มนี้จะมีความคล้ายคลึงกับการเยี่ยมบ้านในประชากรกลุ่มอื่นๆ คือเป็นการพูดคุยกับผู้พิการ ดูสภาพทั่วไปให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว โดยบางครั้งก็จะมี อสม. ลงปฏิบัติหน้าที่นี้แทน

ส่วนข้อมูลการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการนั้น เมื่อมีการให้บริการรักษาพยาบาลสุขภาพแก่ผู้พิการทุกครั้ง จะมีการบันทึกประวัติการให้การรักษาลงในแฟ้มสุขภาพครอบครัว (family folder) ซึ่งในแฟ้มจะมีทั้งประวัติครอบครัวของผู้พิการ ประวัติจากใบส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้พิการได้รับการส่งตัวกลับจากโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการระบุข้อมูลชื่อนามสกุล ที่อยู่ ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาโดยย่อ สิ่งที่โรงพยาบาลให้การดูแลรักษาไปแล้ว และสิ่งที่ต้องได้รับการดูแลรักษาต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ยังมีการเก็บบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้พิการไว้ด้วย ซึ่งจะต้องมีการบันทึกไว้ทุกครั้งที่มีการลงเยี่ยมเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบันทึกการเยี่ยมบ้านนั้นไม่ได้มีมาตรฐานชัดเจนว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพความพิการของผู้พิการแต่ละราย ดังนั้นในการบันทึกการเยี่ยมของผู้พิการแต่ละรายจึงมีความแตกต่างกันออกไป แต่ส่วนใหญ่จะก็เป็นการบันทึกถึงรายละเอียดในการลงเยี่ยมผู้พิการว่าได้ทำอะไรไปบ้าง และพบเจอปัญหาอะไรบ้าง และแก้ปัญหาไปอย่างไร แต่ข้อมูลบางส่วนเกี่ยวกับผู้พิการก็ยังคงไม่ได้มีการจัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะสภาพทั่วไปของผู้พิการ เช่น ภาวะสุขภาพ สาเหตุของความพิการ ปัญหาจากความพิการ และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้พิการ เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจะรู้ข้อมูลในส่วนนี้ดีแต่ยังขาดการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบอย่างชัดเจน

ส่วนปัญหาที่พบในการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการส่วนใหญ่มองว่า การไม่มีนโยบายและแนวทางปฏิบัติการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการที่ชัดเจนเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในการปฏิบัติงาน ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดการจัดบริการที่มีความหลากหลายแต่ไม่ชัดเจน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของเจ้าหน้าที่แต่ละคน ส่วนงบประมาณที่ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมผู้พิการเชิงรุก การจัดทำโครงการพัฒนา หรือการแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้พิการนั้น ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งต้องมีการแบ่งใช้ในวงเงินที่จำกัด เนื่องจากต้องใช้งบประมาณประชากรกลุ่มอื่นๆ ด้วย และในกรณีที่มีการเขียนโครงการของงบประมาณการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ก็ต้องรอการพิจารณาอนุมัติ ซึ่งบางครั้งต้องผ่านหลายขั้นตอน ทำให้การดำเนินงานเกิดความล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง ด้านวัสดุอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มองว่าวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลและการทำหัตถการให้แก่ผู้พิการมีอยู่เพียงพอแล้ว เนื่องจากสามารถเข้าร่วมกับการจัดบริการสำหรับประชากรกลุ่มอื่นๆ ได้ แต่วัสดุอุปกรณ์ที่ขาดแคลนและไม่มีคืออุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีอำนาจในการจัดซื้อเอง ต้องรอการสนับสนุนจากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งบางครั้งอาจไม่ทันต่อความจำเป็นและความต้องการของผู้พิการ อีกทั้งผู้พิการบางคน ความพิการไม่เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับอุปกรณ์ แต่จำเป็นที่ต้องใช้ในการดำรงชีวิต หน่วยบริการก็ไม่สามารถจัดหาให้ได้ อีกทั้งระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิยังคงมีความล่าช้าและไม่ทันต่อเหตุการณ์ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อผู้พิการกลับมารักษาที่บ้าน เพราะกว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจะรับทราบข้อมูลต้องใช้เวลาานาน จึงทำให้การดูแลผู้พิการรายใหม่หลังออกจากโรงพยาบาลเริ่มต้นขึ้นช้าไป จนบางครั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับผู้พิการแล้ว ก็ต้องส่งตัวกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำอีก ในส่วนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มองว่ายังขาดความรู้และทักษะในการให้บริการที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ไม่มีความมั่นใจที่จะให้บริการ อีกทั้งการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนไม่ได้มีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบเพียงอย่างเดียว แต่ยังคงต้องรับผิดชอบงานด้านอื่นด้วย จึงไม่สามารถทำให้งานที่รับผิดชอบทุกงานบรรลุเป้าหมายได้

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า การดำเนินงานจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิก็ยังคงเป็นไปตามแนวทางของมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน หมวดยานบริการประชาชน ในงานการดูแลประชากรกลุ่มด้อยโอกาส/ผู้พิการ/กลุ่มเฉพาะ และงานบริการเยี่ยมบ้าน แต่มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้พิการ

แต่ละราย โดยสามารถแบ่งการให้บริการออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ไม่ใช่บริการสุขภาพ โดยตรง ได้แก่ การขึ้นทะเบียนผู้พิการ การจัดทำบัตรทอง และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนเพื่อให้ผู้พิการได้รับสวัสดิการด้านอื่นๆ และประเภทที่เป็นบริการสุขภาพ โดยตรง ได้แก่ บริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนปัญหาที่พบในการดำเนินงานจัดบริการให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ความไม่ชัดเจนในด้านนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ความไม่เพียงพอและความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณ ความไม่พอเพียงด้านวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ในการให้บริการ และมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลให้การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังไม่เกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

คุณภาพบริการ เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและสามารถมองได้หลายแง่มุมแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวบริการและบริบทของสังคม รวมทั้งมุมมองและทัศนคติของผู้พิจารณา ที่ผ่านมามีผู้ให้ความหมายของคุณภาพบริการไว้หลากหลาย ซึ่งกรอนรูส (Gronroos, 1996) ได้กล่าวถึงคุณภาพบริการว่าเป็นสิ่งที่ยากในการจะประเมินว่าบริการที่มีคุณภาพคืออะไร เนื่องจากบริการมีคุณสมบัติ 4 ประการคือ ไม่มีตัวตน มีความหลากหลายในตัวเอง ไม่สามารถแบ่งแยกได้ และเก็บรักษาไว้ไม่ได้ (จิรัฐม, 2537) ดังนั้นคุณภาพบริการจึงมีความหมายแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ให้ความหมาย (Garvin, 1988 cited by Lovelock, 1996) แต่โดยรวมแล้วมีความหมายอย่างกว้างๆ คือ การสร้างความพอใจอย่างเบ็ดเสร็จต่อผู้รับผลประโยชน์จากองค์กร โดยที่การสร้างความพอใจนั้นต้องเป็นการตอบสนองความจำเป็นภายใต้ความคาดหวังของลูกค้า (กิตติศักดิ์, 2541 อ้างตามเพ็ญจันทร์ และคณะ, 2542) และอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ (เรวดี, 2542)

ส่วนคุณภาพบริการสุขภาพ หมายถึง ระดับความเป็นเลิศของบริการ (วัลภา, 2537) ที่คำนึงถึงการให้บริการสุขภาพด้วยความถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลา สอดคล้อง ตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการ/ผู้ป่วย อย่างถูกต้องและปลอดภัย (กองการพยาบาล, 2544; จิรัฐม, 2537) โดยเป็นคุณลักษณะที่สามารถสังเกตได้ และตั้งอยู่บนพื้นฐานมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยความตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544) ดังนั้นคุณภาพบริการสุขภาพจึงเป็นความสอดคล้องกันระหว่างมาตรฐาน และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่คาดหวังต่อการให้บริการนั้น (ปนัดดา, 2546) สอดคล้องกับอนุวัฒน์และคณะ (2544)

ซึ่งได้ให้ความหมายคุณภาพบริการสุขภาพทั้งในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยกล่าวว่า ในมุมมองของผู้ให้บริการหรือผู้ประกอบการวิชาชีพ คุณภาพบริการสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และมีความสม่ำเสมอซึ่งสามารถพยากรณ์ได้ ส่วนความหมายตามมุมมองของผู้รับบริการ หมายถึง การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือภาวะที่เกื้อกูลต่อผู้รับบริการ ด้วยการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัย ซึ่งบริการที่มีคุณภาพควรมีลักษณะดังนี้คือ ไม่มีปัญหา ผู้รับบริการพึงพอใจ ได้มาตรฐาน และเกิดผลลัพธ์ที่ดี (ชาตรี, 2541 อ้างตามเสาวมาศ, 2545)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าคุณภาพบริการสุขภาพ หมายถึง การให้บริการสุขภาพด้วยความถูกต้องเหมาะสม และทันเวลา ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความคาดหวัง และความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการ/ผู้ป่วย อย่างถูกต้องและปลอดภัย

ส่วนการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพนั้น จะขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ตัดสินว่าจะมองคุณภาพบริการในมิติใด (กองการพยาบาล, 2544) เนื่องจากคุณภาพบริการเป็นคำที่เป็นนามธรรม การตัดสินคุณภาพจึงต้องผ่านกระบวนการตัดสินใจซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อ ค่านิยม ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ของผู้ตัดสิน (Brown et al., 1991) อีกทั้งลักษณะที่จะบอกว่าบริการสุขภาพนั้นมีคุณภาพหรือไม่ หรือมีมากน้อยเพียงใด ยังขึ้นอยู่กับว่าเป็นมุมมองของใครด้วยเป็นผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ สังคมหรือบุคคลทั่วไป เช่น ถ้าเป็นมุมมองของผู้ให้บริการ มองว่าการบริการที่มีคุณภาพจะต้องถูกต้องตามมาตรฐานเทคนิคการบริการ ในขณะที่ผู้รับบริการมองว่าการบริการที่มีคุณภาพจะต้องเป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการและเมื่อรับบริการแล้วบังเกิดความพึงพอใจและประทับใจ (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2542) สอดคล้องกับบอปป์ (Bopp, 1990) ที่กล่าวว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีแบบแผนการรับรู้และประเมินคุณภาพที่แตกต่างกัน นั่นคือ ผู้ให้บริการจะประเมินคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่ผู้รับบริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานวิชาชีพจึงไม่สามารถรับรู้ถึงคุณภาพเชิงวิชาชีพได้ จึงประเมินคุณภาพบริการจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการในขณะที่ใช้บริการเท่านั้น

การประเมินคุณภาพบริการโดยทั่วไป มีหลายแนวคิด เช่น โคนาบีเดียน (Donabedian, 1988) ได้นำแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบมาเป็นกรอบในการประเมินคุณภาพ และกล่าวถึงการประเมินคุณภาพบริการ ว่าสามารถจำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง หมายถึง คุณลักษณะต่างๆ ขององค์กรที่ให้บริการสุขภาพ เช่น ความเพียงพอของอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ จำนวนและคุณวุฒิของบุคลากร รวมทั้งรูปแบบและวิธีการบริหารจัดการองค์การและงบประมาณด้วย

2. ด้านกระบวนการ หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในการให้บริการสุขภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเหมาะสมและความปลอดภัยในการดูแล รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้วย

3. ด้านผลลัพธ์ หมายถึง ผลของการดูแลรักษาพยาบาล ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ เช่น ผู้รับบริการหายจากอาการเจ็บป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความรู้ ทักษะคติ ความพึงพอใจ และการปฏิบัติเพื่อสุขภาพดีขึ้น หรือความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ตลอดจนอาจพิจารณาได้จากผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนโดยรวม ซึ่งทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

โอคอนเนอร์และบาวเวอร์ (O'Conner & Bowers, 1990) มองว่าองค์ประกอบในการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพสามารถแยกออกได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านเทคนิค หมายถึง การให้บริการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการหรือที่เรียกอีกอย่างว่า ศาสตร์ทางการแพทย์ 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือนักวิชาการบางท่านเรียกว่า คุณภาพด้านหน้าที่ หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินโรคและการหายจากโรค หรือที่เรียกว่า ศิลป์ทางการแพทย์ และ 3) สิ่งอำนวยความสะดวก เป็นปัจจัยระดับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ ที่จะมีผลต่อการให้บริการ เช่น ความสะอาด และความสะดวกสบายของสถานที่

ส่วน กรอนรูส (Gronroos, 1996) มองว่าคุณภาพบริการสุขภาพเป็นอีกมิติหนึ่ง โดยกล่าวว่า มิติการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพสามารถแยกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านเทคนิค หมายถึง การให้บริการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการ 2) ด้านหน้าที่ หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การสื่อสารต่างๆ กิริยาท่าทาง และการบริการที่จะให้แก่ผู้รับบริการ และ 3) ด้านภาพลักษณ์ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นจากปัจจัยด้านเทคนิค และด้านหน้าที่ ซึ่งเกิดจากการรับรู้ของผู้รับบริการในขณะนั้น

นอกจากนี้บอปป์และโอมาโชโน (Bopp & Omachono 1990 อ้างตามบังอร, 2546) กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพบริการ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ และคุณภาพเชิงการรับรู้หรือการแสดงออก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ (technical or professional standard) เป็นเกณฑ์ที่บ่งบอกให้ทราบว่าบริการนั้นมีคุณภาพหรือประสิทธิภาพตรงตามหลักการ วิธีการมาตรฐาน ที่หน่วยงานหรือองค์กรได้กำหนดไว้ ซึ่งกำหนดไว้ 3 รูปแบบ ดังนี้

1.1 มาตรฐานเชิงโครงสร้าง คือ ลักษณะการจัดองค์กร ระบบการบริหารจัดการ และการสนับสนุนบริการต่างๆ เช่น นโยบายการปฏิบัติการ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ งบประมาณ การติดต่อสื่อสาร และการควบคุมคุณภาพในการปฏิบัติงาน

1.2 มาตรฐานเชิงกระบวนการ คือ ขั้นตอนของกระบวนการทำงานตามระบบที่วางไว้ ซึ่งประกอบด้วย เทคนิคบริการ ซึ่งเป็นสิ่งที่จัดไว้ตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การวินิจฉัยโรค กิจกรรมการพยาบาล การติดต่อสื่อสาร การบันทึกรายงาน การรักษาพยาบาล และพฤติกรรมบริการ ซึ่งเป็นส่วนที่จะประเมินการแสดงผลของผู้ให้บริการ

1.3 มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ คือ ผลการปฏิบัติงาน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการให้การรักษาพยาบาล เช่น อาการของโรคดีขึ้นหรือลดลง ทักษะและความพึงพอใจของผู้ป่วยเหมือนเดิมหรือเปลี่ยนไป ความคุ้มทุน

2. มาตรฐานเชิงการรับรู้หรือการแสดงออก (perceived or expressive standard) เป็นมาตรฐานที่วัดจากการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐาน และความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละคน ทั้งนี้เพราะผู้รับบริการไม่สนใจว่าสถานพยาบาลใด ได้มาตรฐานอะไรบ้าง สูงต่ำแค่ไหน สนใจเพียงว่า เมื่อเข้ามาใช้บริการแล้ว การรักษาพยาบาลที่ได้รับนั้นถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ปลอดภัยหรือไม่ เจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับเอาใจใส่ดูแลแค่ไหน และการให้บริการตรงตามความต้องการ และเป็นไปตามความคาดหวังของเขาหรือไม่ อย่างไร ถ้าหากการรักษาพยาบาล ดูแล การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยเป็นที่พึงพอใจการบริการนั้นจึงถือว่าเป็นการบริการที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพ สามารถมองได้หลายมิติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าเป็นมุมมองของใคร เป็นผู้รับบริการ หรือผู้ให้บริการ เช่น ถ้าเป็นมุมมองผู้รับบริการมองว่าคุณภาพบริการ คือบริการที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวัง และเมื่อรับบริการแล้วเกิดความพึงพอใจ ขณะที่ผู้ให้บริการ มองว่าการบริการที่มีคุณภาพจะต้องถูกต้องตามมาตรฐาน และเทคนิคการบริการ ซึ่งวัดจากหลักการ วิธีการ หรือมาตรฐาน ที่หน่วยงานหรือองค์กรได้กำหนดขึ้น โดยการเปรียบเทียบผลของการกระทำกับเกณฑ์มาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ ถ้าผลลัพธ์ออกมาสูงกว่าเกณฑ์กลางที่กำหนดก็จะถือว่าบริการนั้นมีคุณภาพ (อุดมรัตน์, 2540) ดังนั้นหน่วยงานต่างๆ จึงมีการกำหนดระดับมาตรฐานเอาไว้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ และประเมินตัดสินความมีคุณภาพของงาน (พวงรัตน์, 2538)

บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิก็เช่นเดียวกัน จำเป็นจะต้องมีมาตรฐานการดำเนินงานเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และใช้ในการประเมิน ควบคุมกำกับคุณภาพบริการ

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงมีการกำหนดมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจนภายใต้มาตรฐานกลางเดียวกันทั่วประเทศ อันจะนำไปสู่การจัดบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยกำหนดแบ่งเกณฑ์มาตรฐานออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านบริการ ด้านบริหารจัดการ และด้านวิชาการ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีผลการดำเนินงานผ่านการรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนในแต่ละด้านนี้ มาตรฐานด้านบริการ ต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของคะแนนรวม ด้านบริหารจัดการ ต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนรวม ด้านวิชาการ ต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนน และในแต่ละข้อของเกณฑ์การประเมินต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ของคะแนน รายข้อ แต่ถ้าหน่วยบริการปฐมภูมิใด ไม่มีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินการตามตัวชี้วัด ไม่ต้องนำตัวชี้วัดนั้นมารวมเป็นฐานคะแนน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2547)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจประเมินระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิในมุมมองของผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นการมองคุณภาพบริการสุขภาพที่จะลึกลงไปเฉพาะประชากรกลุ่มหนึ่งเท่านั้น โดยเลือกใช้มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพในระบบงานต่างๆ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นกรอบประเมินคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากมาตรฐานดังกล่าวเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้อยู่จริงในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยประเมินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวโดยตรง 2 งาน คือ การให้บริการดูแลประชากรผู้พิการ และงานบริการเยี่ยมบ้าน และให้ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ประเมินตนเอง ทั้งนี้เพราะเชื่อว่าผู้ปฏิบัติงานย่อมรู้สภาพการดำเนินงานของตนเอง และสามารถประเมินผลการดำเนินงานของตนเองได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550) ส่วนการแปลผลระดับคุณภาพบริการสุขภาพจะใช้เกณฑ์มาตรฐานด้านบริการมาใช้ในการพิจารณา ก็ต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของคะแนนรวม จึงจะถือว่าบริการนั้นมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมองค์กร ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์กร เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

แม็คคอร์มิคและอิลเกิน (McCormick & Ilgen, 1985) ได้เสนอแนวคิดในการจัดหมวดหมู่ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์กรไว้ 2 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยด้านบุคคล (individual variables) หมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและส่งผลให้พฤติกรรมการทำงานของบุคคลมีความแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ความถนัด ลักษณะทางบุคลิกภาพ ลักษณะทางกายภาพ ความสนใจและแรงจูงใจ อายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์ ความเชื่อ และค่านิยม เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational variables) หมายถึง เงื่อนไขของเหตุการณ์หรือลักษณะสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน โดยสามารถแยกออกเป็นปัจจัยย่อยได้ 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยด้านองค์กรและสังคม ได้แก่ ลักษณะ โครงสร้างและนโยบายขององค์กร การฝึกอบรม การบังคับบัญชา และสภาพแวดล้อมในสังคม

ส่วนโรบินส์ (Robbins, 2001) กล่าวว่า พฤติกรรมขององค์กร ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับกลุ่ม และปัจจัยระดับองค์กร ดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล (individual – level factors) คือ คุณลักษณะหรือข้อเท็จจริงที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะทางชีวภาพ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง รายได้ ประสบการณ์ในการทำงาน 2) ความสามารถและสติปัญญา ได้แก่ ความรู้ และความทักษะความสามารถ 3) บุคลิกภาพ และลักษณะทางอารมณ์ และ 4) ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ เป็นต้น

2. ปัจจัยระดับกลุ่ม (group – level factors) เป็นลักษณะของบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมแตกต่างกันไปจากพฤติกรรมเมื่ออยู่คนเดียวตามลำพัง พฤติกรรมระดับกลุ่มจะเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างของกลุ่ม เช่น ภาวะผู้นำ การสื่อสาร วิธีการตัดสินใจของกลุ่ม ความขัดแย้ง และการใช้อำนาจในกลุ่ม ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่างๆ ในองค์กรด้วย

3. ปัจจัยระดับองค์กร (organization systems-level factors) บุคคลเมื่ออยู่ในองค์กร นอกจากจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยระดับบุคคลและระดับกลุ่มแล้ว ยังได้รับอิทธิพลจากการออกแบบโครงสร้างองค์กร นโยบายและการปฏิบัติ วัฒนธรรมองค์กร และความเครียดจากการทำงาน อันเกิดจากตัวบุคคลหรือสภาพแวดล้อมและมีผลกระทบต่อการทำงาน

เชอร์เมอร์ฮอร์นและคณะ (Schermerhorn et al., 2003) กล่าวว่าผลการดำเนินงานขององค์กรขึ้นอยู่กับ

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล (individual attributes) หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 1) ลักษณะประชากร เป็นลักษณะที่ช่วยให้เห็นถึงภูมิหลังของบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สถานที่อยู่อาศัย ขนาดของครอบครัว ตลอดจนสิ่งอื่นๆ ที่คล้ายคลึง 2) ลักษณะทางความรู้ ความสามารถ ซึ่งเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการทำงาน 3) ลักษณะทางจิตวิทยา เช่น ทักษะ การรับรู้ ความต้องการ และบุคลิกภาพ เป็นต้น

2. ความพยายามในการทำงาน (work effort) คุณลักษณะของบุคคลที่มีความเหมาะสมกับความจำเป็นของงานนั้น ยังไม่สามารถที่จะทำให้บุคคลมีผลการปฏิบัติงานในระดับที่สูง ทั้งนี้ยังมีตัวแปรหนึ่งที่สำคัญและต้องมีก็คือ ความพยายามในการทำงาน คนที่มีแรงจูงใจในระดับสูงจะทำงานอย่างจริงจัง แรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยกำหนดความพยายามในการทำงาน

3. ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร (organization support) ในการปฏิบัติงานของบุคคล จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่ปฏิบัติงานอยู่ บุคคลที่มีลักษณะบุคคลตรงกับความต้องการของงาน และได้รับการจูงใจในระดับสูง อาจจะไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดี หากได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจากหน่วยงาน หรือที่เรียกว่า ข้อจำกัดด้านสถานการณ์ (situational constraint) เช่น ขาดเวลาที่จะทำงาน งบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับงานไม่ชัดเจน ระดับความคาดหวังของผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ขาดอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงาน ขาดการช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องและขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการทำงานของบุคคล

จากแนวคิดทฤษฎีทั้ง 3 แนวคิด จะเห็นได้ว่าการเสนอแนวคิดในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยแม็คคอร์มิคและอิลเกิน (McCormick & Ilgen, 1985) มองว่า ผลการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์กร ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ ส่วนโรบินส์ (Robbins, 2001) กับเชอร์เมอร์ฮอร์นและคณะ (Schermerhorn et al., 2003) มีแนวคิดเหมือนกันว่าผลการดำเนินงานของบุคคลในองค์กรขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยองค์กร แต่จะแตกต่างกันตรงที่ โรบินส์จะให้ความสำคัญกับปัจจัยกลุ่มด้วย ในขณะที่เชอร์เมอร์ฮอร์นและคณะ จะให้ความสำคัญ

กับความพยายามในการทำงานของบุคคล ซึ่งเมื่อมีการพิจารณาแล้วจะพบว่าปัจจัยต่างๆ ทั้งจากแนวคิดของโรบินส์ และเซอร์เมอร์ฮอร์นและคณะ ต่างก็เป็นส่วนหนึ่งในแนวคิดของแม็คคอร์มิกและอิลเกิน เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวเป็นการมองปัจจัยในมุมมองที่สามารถอธิบายสถานการณ์ได้อย่างรอบด้าน ผู้วิจัยจึงเลือกนำแนวคิดของแม็คคอร์มิกและอิลเกินมาใช้วิเคราะห์ประกอบกับการศึกษานำร่องข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงทำให้ได้ปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้ในการให้บริการสุขภาพ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ และ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละปัจจัยดังนี้

ความรู้ในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ความรู้ หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาในการรับรู้และการระลึกได้ในสิ่งต่างๆ ของมนุษย์ที่เป็นข้อเท็จจริง ความจริง กฎระเบียบ และรายละเอียดต่างๆ ที่ได้รับจากการสังเกต การศึกษา ค้นคว้า โดยมีการรวบรวมเก็บไว้เป็นความจำที่สามารถระลึกได้และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมให้ปรากฏสังเกตได้หรือวัดได้ (สุนทรี, 2540: ธนาวิทย์, 2548)

แม็คคอร์มิกและอิลเกิน (McCormick & Ilgen, 1985) กล่าวว่า การมีความรู้ที่เหมาะสมกับงานเป็นคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กร ทั้งนี้เพราะการมีความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดความพยายามในการทำงานได้ ซึ่งถ้าหากบุคคลใดมีความรู้ในงานเพียงพอก็จะสามารถคาดการณ์ได้ว่าเขาจะสามารถปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจ และจริงจัง (Schermerhorn et al., 2003) หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550) ที่คอยให้บริการสุขภาพด่านแรกแก่ประชาชน จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกคน จะต้องมีความรู้ในการให้บริการ (สุพัตรา และคณะ, 2542) เพราะการมีความรู้ในการให้บริการที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการขาดความรู้ในการให้บริการ ก็จะทำให้เกิดความผิดพลาดจากการให้บริการอันเกิดจากความไม่รู้ได้ง่าย (ประจักษ์, 2545)

การจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เป็นภารกิจหนึ่งที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องจัดให้บริการเพื่อตอบสนองความจำเป็นทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานให้แก่ประชากรกลุ่มนี้

จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องความรู้เกี่ยวกับงานบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความพิการ วิธีการรักษาและการฟื้นฟูความพิการ ตลอดจนการป้องกันและรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (กรมการแพทย์, 2535) ทั้งนี้เพื่อให้สามารถจัดบริการได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ มีคุณภาพ และเกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการมากที่สุด แต่จากการศึกษานำร่องสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการให้บริการ ทำให้ไม่มั่นใจในการให้บริการ และตัดสินใจส่งต่อผู้พิการที่มีปัญหาสุขภาพทันทีเมื่อคิดว่าตนเองไม่มีความรู้เพียงพอในการให้บริการ

จากผลการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่า การมีความรู้ที่เพียงพอในเรื่องที่ต้องให้บริการเป็นสิ่งที่จะต้องทำให้เกิดการจัดบริการที่ถูกต้อง และมีคุณภาพ เช่น การศึกษาของไอรูริตา (Iruita, 1999) ที่พบว่า การมีความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอ มีผลต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และเกิดผลลัพธ์ในระดับสูง การศึกษาของประจักษ์ (2545) พบว่า ความรู้ของผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการ และเป็นตัวแปรที่ร่วมพยากรณ์คุณภาพบริการในสถานอนามัยได้ การศึกษาของเสาวมาศ (2545) พบว่าความรู้ของผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน และการศึกษาของอารีญา (2550) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ การศึกษาของสุพิชญา (2546) ที่พบว่าความรู้ในการให้บริการเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสระแก้ว ทั้งนี้เพราะการมีความรู้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทางสติปัญญาที่ทำให้สามารถคิด เข้าใจ และนำมาปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

จากสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า การขาดความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ยังเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการการจัดบริการให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และผลการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการจัดบริการที่ถูกต้องและมีคุณภาพ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรความรู้ในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว มาศึกษาให้แน่ชัดว่าในสถานการณ์การจัดบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน ตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการจริงหรือไม่

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ

ทัศนคติ เป็นผลรวมทั้งหมดที่เกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ ความคิดเห็นและการปฏิบัติของมนุษย์ ซึ่งทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้น ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือสถานการณ์ ฯลฯ ก็ได้ (เทพนม และสวิง, 2540; พิภพ, 2547; Homby, 2001) โดยจะแสดงออกมาในทางสนับสนุนหรือต่อต้าน (บุญธรรม, 2541) เช่น ถ้าพฤติกรรมแสดงออกในลักษณะของความพึงพอใจ เห็นด้วยหรือชอบ เรียกว่าทัศนคติทางบวก แต่ถ้าแสดงออกในลักษณะของความไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย หรือไม่ชอบ เรียกว่า ทัศนคติทางลบ ส่วนความรู้สึกไม่ชอบหรือไม่เกลียดจัดเป็น ทัศนคติแบบกลาง ฉะนั้นการทราบทัศนคติของบุคคลจึงสามารถช่วยให้ทำนายการกระทำหรือพฤติกรรมการทำงานของบุคคลนั้นได้ (Luthans, 1995 อ้างตามราฟิง, 2544) เนื่องจากทัศนคติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกทางด้านการปฏิบัติ (ธนาวิทย์, 2548)

แม็คคอร์มิคและอิลเกิน (McCormick & Ilgen, 1985) กล่าวว่า การมีทัศนคติที่แตกต่างกันของบุคคลจะส่งผลต่อการทำงานในทิศทางที่แตกต่างกันด้วย ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการปฏิบัติงาน จะทำให้บุคคลเกิดความเบื่อหน่าย และถอยหนีให้ห่างจากงานที่ทำอยู่ แต่ในขณะเดียวกันถ้าบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น (Luthans, 1995 อ้างตามราฟิง, 2545; Robert, 2002) เช่นเดียวกับการดำเนินงานด้านผู้พิการ ที่พบว่า ทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานมีความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บริการ เพราะถ้าผู้ให้บริการหรือผู้ปฏิบัติงานมองว่าผู้พิการเป็นคนไร้ความสามารถ ก็จะถูกละเลย ปล่อยให้ได้รับการฟื้นฟู ดูแลและช่วยเหลือ ทำให้ผู้พิการกลายเป็นคนไร้ความสามารถอย่างแท้จริง จนตกเป็นภาระของครอบครัวและสังคมไปในที่สุด (วิริยะ, 2532 อ้างตามพรพรรณ, 2547) แต่ถ้าผู้ให้บริการหรือผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจและมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อผู้พิการ ก็จะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้พิการได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีคุณภาพ

จากการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่า การที่บุคคลมีทัศนคติทางบวกต่องานและการปฏิบัติงานก็จะส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ (พิภพ, 2547) เช่น การศึกษาของนงนุช (2546) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาของกมลรัตน์ (2546) เรื่องปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานมีพฤติกรรม

การทำงานสูงกว่าพยาบาลที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการทำงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของไวโลวธรณ (2547) พบว่า การมีทัศนคติทางบวกต่อการรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาลของบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบริการ โรงพยาบาล และการศึกษาของไอรูริตา (Irrita, 1999) ที่พบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ที่ผลต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และเกิดผลลัพธ์ในระดับสูง

ผลการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่องานเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำให้บุคคลดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำทัศนคติการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ มาศึกษาให้แน่ชัดว่าในสถานการณ์การจัดบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ในหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน ตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพบริการหรือไม่

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ

ประสบการณ์ คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลหรือการได้รู้ได้เห็น ได้ปฏิบัติด้วยตนเองของบุคคล (มานิตย์, 2547) ซึ่งผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าจะสามารถแก้ปัญหาและเผชิญปัญหาได้มากกว่า (ธงชัย, 2535) สอดคล้องกับปรียาพร (2544) ที่กล่าวว่า ประสบการณ์การทำงานจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีทักษะและได้เปรียบด้านความชำนาญในการปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้น มีความสุขุมรอบคอบ มีเหตุผล สามารถวิเคราะห์ปัญหาและมองปัญหาได้กว้างขึ้น สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานได้ดี และบุคคลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนานกว่าจะสามารถให้ผลผลิตในการปฏิบัติงานมากกว่าคนที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า (Robbins, 2001) เพราะมีโอกาสที่จะเรียนรู้งานได้มากกว่า (มนูญ, 2540) สามารถกำหนดรูปแบบการทำงานได้ง่าย (มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช, 2546) และก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทได้ดีและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น (จุฑามาศ, 2543)

แม้ในทางทฤษฎียอมรับกันว่าบุคคลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนานกว่าจะสามารถให้ผลผลิตในการปฏิบัติงานมากกว่าคนที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า แต่เชิงตรรกะแล้วการมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานยาวนานเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะใช้ตัดสินผลการดำเนินงานหรือความมีคุณภาพของงานได้เสมอไป เนื่องจากประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้รับนั้นในแต่ละวันนั้นแตกต่างกัน และยังมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคนหนึ่งรับผิดชอบดูแลประชากรผู้พิการในพื้นที่เพียง 10 คน แต่อีกบุคคลต้องรับผิดชอบดูแลประชากรผู้พิการในพื้นที่ 30 คน บุคคลทั้งสองคนย่อมมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการไม่เท่ากัน เนื่องจากมีโอกาสเรียนรู้งานแตกต่างกัน โดยบุคคลที่รับผิดชอบดูแลผู้พิการในพื้นที่มากกว่าย่อมสามารถวิเคราะห์ปัญหาและมองปัญหาได้กว้างกว่าบุคคลที่รับผิดชอบน้อยกว่า ทำให้เกิดความได้เปรียบใน

ด้านความชำนาญในการปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าจำนวนปีที่ทำงานไม่ได้เป็นสิ่งประกันได้เสมอไปว่าคนทำงานนานจะมีประสบการณ์งานมากกว่าคนที่ทำงานน้อยกว่า (เสริมศักดิ์, 2525) แต่อาจขึ้นอยู่กับการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้พบมากกว่า (วรัญญา, 2552) เพราะคนเราจะฉลาดหรือมีไหวพริบมากกว่ากันมิได้ขึ้นอยู่กับการเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมานานกว่ากันเท่าใด แต่ขึ้นอยู่กับว่าผู้นั้นสามารถที่จะเรียนรู้เอาประโยชน์จากประสบการณ์นั้นๆ ไปใช้ประโยชน์ในชีวิตการทำงานได้มากน้อยเพียงใดมากกว่า อีกทั้งประสบการณ์อย่างหนึ่งในเหตุการณ์หนึ่งและเวลาหนึ่ง บางครั้งก็อาจไม่สามารถนำมาใช้กับเหตุการณ์อีกอย่างหนึ่งได้ (มनुญ, 2540)

จากผลการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานทำงานมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของบุคคล เช่น จากผลการศึกษาของนงพงา (2542) พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงาน การศึกษาของทรงศักดิ์ (2546) พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานเทศบาลตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข การศึกษาของพิกุล (2546) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสุศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติงานสุศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ (2546) พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาก มีพฤติกรรมการทำงานสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือตอนล่าง พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือตอนล่าง (ระวีวรรณ, 2548) และจากการศึกษาในต่างประเทศ สเตียร์ (Steers, 1977) พบว่า ประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงาน ผลผลิต และความสำเร็จในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของโอนีล (O'Neal, 1987) พบว่าประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงานและความสำเร็จในการปฏิบัติงาน

จากผลการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่ามีประสบการณ์ทำงานมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพของบุคคล ดังนั้น การศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ มาศึกษาให้แน่ชัดว่าในสถานการณ์การจัดบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ในหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน ตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพบริการหรือไม่ โดยประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึงระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยงานปฐมภูมิ ซึ่งวัดจากระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตนเองปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน

การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ

สังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปอย่างกว้างขวาง ส่งผลให้องค์กรต่างๆ ต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อให้ทันกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Newstrom & Davis, 2002) แต่จากการสำรวจของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ปัจจุบันกำลังคนของรัฐไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากมีการมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสมในการรับใช้ชุมชน การได้รับมอบหมายงานไม่ตรงกับความรู้ความสามารถ การขาดความรู้ และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน รวมทั้งการเสื่อมสภาพความสามารถในการทำงาน ซึ่งต้องใช้กระบวนการพัฒนาบุคลากร และการจัดอบรมที่เป็นระบบและต่อเนื่องในแต่ละงาน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานให้บุคคล (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2539 อ้างตาม เกษม, 2545)

สำหรับหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการด้านสุขภาพทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ การฝึกอบรมจึงเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถเพิ่มพูนความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ อันจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สูงขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากการมีเพียงความรู้ และทักษะที่เป็นทุนเดิมเมื่อสำเร็จการศึกษา รวมทั้งประสบการณ์ที่ได้มาไม่อาจนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์ แต่ยังคงต้องการเรียนรู้และพัฒนาต่อไปอย่างไม่จบสิ้นด้วย (สุรศักดิ์, 2530) ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า การได้รับการฝึกอบรมเป็นเงื่อนไขด้านสถานการณ์ขององค์กรที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคล และส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จขององค์กร (McCormick & Ilgen, 1985) ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการฝึกอบรมเป็นการพัฒนาความรู้ และทักษะให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ความรู้และทักษะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วย เสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคลให้มีคุณภาพสูงขึ้น รวมทั้งช่วยส่งเสริมสมรรถภาพของบุคคลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบังเกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีต่อหน่วยงาน (รำภาภรณ์, 2548; วิจิตร, 2540; วิทยา, 2552)

จากการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่า การได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน เช่น การศึกษาของ ผศ.วราธรรม (2548) แสดงให้เห็นว่า การได้รับการอบรมที่แตกต่างกันของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิมีผลต่อการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะการเข้ารับการอบรมทำให้ทราบนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติงาน ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งการฟื้นฟูความรู้ในการดำเนินงาน มีเจตคติที่ดีต่องาน รับทราบเทคนิควิธีการใหม่ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่บุคลากรสาธารณสุขได้รับการอบรมมีผล

การดำเนินงานดีกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่บุคลากรไม่ได้รับการอบรม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิสาข์ (2539) ที่พบว่า การฝึกอบรมมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของ บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล และผลการศึกษานงพงา (2542) พบว่า การได้รับการศึกษาและ ฝึกอบรมในการปฏิบัติงานเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงาน ทางบวก เช่นเดียวกับรำภาภรณ์ (2548) พบว่า จำนวนครั้งของการฝึกอบรมมีผลต่อสมรรถนะของ ผู้จัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ และสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของสมรรถนะได้ร้อยละ 19

จากผลการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่า การได้รับการฝึกอบรมของบุคคลมีความสัมพันธ์ กับผลการปฏิบัติงาน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับ ปฏิบัติงานด้านผู้พิการ มาศึกษาให้แน่ชัดว่า ในสถานการณ์การจัดบริการสำหรับผู้พิการทางการ เคลื่อนไหว ในหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน ตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพบริการหรือไม่

จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ ให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคำนวณเป็น จำนวนชั่วโมง/เดือน ซึ่งจากสถานการณ์การดำเนินงานจัดบริการสุขภาพในหน่วย บริการปฐมภูมิ พบว่า ข้อจำกัดด้านเวลาและจำนวนภาระงานที่มากเกินไปเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ การจัดบริการในแต่ละภาระงานที่รับผิดชอบไม่เป็นไปตามที่กำหนด (หทัยชนก, 2545) ทั้งนี้สืบ เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการเพิ่มเติม รายละเอียดในกระบวนการปฏิบัติงานมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2544) ในขณะที่จำนวนบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิยังคงเท่าเดิม ทำให้บุคลากรแต่ละคนต้อง รับผิดชอบภาระงานมากขึ้น ปริมาณเวลาในปฏิบัติงานแต่ละงานก็ลดน้อยลง จนกระทบต่อคุณภาพ ของงานหรือทำให้ผลผลิตของงานตกต่ำ (Robbins, 2001) เนื่องจากภารกิจที่ต้องรับผิดชอบนั้นมีมากกว่า ที่จะสามารถทำทุกอย่างได้ภายในเวลาที่มีอยู่ (Drucker, 1967) ซึ่งจากผลการศึกษาของสัญญาชาติ (2546) พบว่า เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ มากกว่า 10 งาน คิดเป็นร้อยละ 50.80 และรับผิดชอบ 1-10 งาน คิดเป็นร้อยละ 49.20 นอกจากนี้ บุคลากรยังต้องสูญเสียเวลาการปฏิบัติงานส่วนหนึ่งไปในการเดินทางไปร่วมประชุมสัมมนาหรือ ไปราชการตามภารกิจหลักต่างๆ ถึงร้อยละ 11.43 หรือคิดเป็น 274.22 นาทีต่อสัปดาห์ (บุญทวี, 2546) ซึ่งยิ่งส่งผลให้บุคลากรมีเวลาในการปฏิบัติในแต่ละภาระงานที่รับผิดชอบน้อยลงไปอีก การ ไม่มีเวลาจึงมีผลกระทบต่อปฏิบัติงานของบุคลากร (Schermerhorn, 2003) สอดคล้องกับ สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิใน

ปัจจุบัน ที่พบว่า การจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะบริการเชิงรุกและการติดตามเยี่ยมบ้าน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานด้านการรักษาพยาบาลมากจึงทำให้งานบริการเชิงรุกและการติดตามเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นการทำงานในลักษณะส่งเสริมและป้องกันสุขภาพลดลง

จากสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน และผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปริมาณเวลาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรจำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว มาศึกษาให้แน่ชัดว่าในสถานการณ์การจัดบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน ตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพบริการหรือไม่

การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ

การดำเนินงานใดๆ ก็ตามของบุคลากร จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่ปฏิบัติงานอยู่อย่างเพียงพอ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและเกิดประสิทธิภาพ (จักรสันต์, 2549) แต่ถ้าหากบุคลากรดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ไม่เพียงพอ หรือที่เรียกว่ามีข้อจำกัดด้านสถานการณ์ (situation constraint) เช่น ขาดเวลาที่จะทำงาน งบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับงานไม่ชัดเจน ระดับความคาดหวังของผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ขาดอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงาน ขาดการช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และขั้นตอนการปฏิบัติงานไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการดำเนินงานขององค์กร (Schermerhorn, et. al., 2003) เช่นเดียวกับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ เพื่อเอื้อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการจัดบริการ ดังนั้นจึงได้มีการจัดตั้งเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ขึ้น เพื่อทำหน้าที่ประสานงานและให้การสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิในเครือข่าย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2547) โดยให้การช่วยเหลือและสนับสนุนเชิงระบบ ทั้งบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และเทคนิควิธีการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญของระบบบริหารสาธารณสุขและจำเป็นต้องมีเพื่อพัฒนางานให้เกิดคุณภาพ (บุญสม, 2542)

แต่สำหรับการจัดบริการสำหรับผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากจะได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายบริการปฐมภูมิแล้ว ยังมีการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานสำหรับผู้พิการในระดับชุมชน

ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้พิการ ซึ่งขอสรุปรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. ด้านบุคลากร ทรัพยากรบุคคลเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญมากที่สุดขององค์กร (สมยศ, 2545) เนื่องจากการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่คอยควบคุมให้ส่วนอื่นๆ ดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (ธงชัยและชัยยศ, 2541) ดังนั้นองค์กรควรให้การสนับสนุนด้านบุคลากรอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ ซึ่งหากไม่สามารถจัดอัตรากำลังให้เพียงพอได้ จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการด้านบุคคลภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับโรงพยาบาลในเครือข่าย สาธารณสุขอำเภอ จนถึงระดับสาธารณสุขจังหวัด (สุวรรณภา, 2548) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่จากสถานการณ์ด้านบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า สัดส่วนบุคลากรต่อประชากรไม่สมดุล จำนวนบุคลากรไม่สมดุลกับภาระงาน (นฤมล, 2547; สุวรรณภา, 2548) รวมทั้งยังขาดการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิตกตะ (กลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป, 2548 ก) ไม่เข้าใจกระบวนการดำเนินงาน ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนขององค์กร ในด้านบุคลากรที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ประจักษ์, 2548) และจากการศึกษาของสมคิด (2542) พบว่า กลยุทธ์ในการดำเนินงานด้านระบาดวิทยาต้องมีประสิทธิภาพ เนื่องจากทรัพยากรไม่เพียงพอ ปัญหาสำคัญที่พบ คือ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ และปฏิบัติงานไม่ตรงตามกรอบอัตรากำลัง เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม สอดคล้องกับผลการศึกษาของสกล (2542) ที่พบว่า การมีจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ และเจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถไม่เพียงพอ มีผลต่อการดำเนินงานด้านระบาดวิทยา และการศึกษาของนงนุช (2546) พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรในด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ การสนับสนุนในด้านบุคลากร จึงประกอบด้วย ความเพียงพอของบุคลากรกับปริมาณงานด้านผู้พิการ ความรู้ความสามารถที่เพียงพอและเหมาะสมของบุคลากรในการปฏิบัติงาน การคัดเลือกบุคลากรเข้าปฏิบัติงาน การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงาน การวางแผนพัฒนาบุคลากร และการสนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้พิการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ด้านงบประมาณ งบประมาณหรือเงินเป็นทรัพยากรการบริหารที่จำเป็นอีกประการหนึ่ง ที่ช่วยให้กลไกอื่นๆ ในระบบการบริหารมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้มีหน้าที่บริหารเงิน มีหน้าที่สำคัญ 3 ประการ คือ จัดหาเงินทุน วางแผนและควบคุมการใช้จ่ายเงิน และการตัดสินใจใช้จ่ายเงินให้เกิดประโยชน์สูงสุด (ทองหล่อ, 2545) สำหรับในงานสาธารณสุข การเงินนั้น

จะเกี่ยวข้องกับการจัดหาหรือดำเนินการเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นทุนสำหรับใช้ประกอบกิจการ
สาธารณสุขเพื่อให้เกิดผลผลิตที่เรียกว่า “บริการสุขภาพ” หรือ “บริการสาธารณสุข” (คะนองยุทธ,
2542) สอดคล้องกับสตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1992) ที่กล่าวว่า งบประมาณเป็นตัวขับเคลื่อนให้การ
ดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นไปด้วยดี ซึ่งการบริการระดับปฐมภูมิจะต้องจัดสรรไว้อย่าง
ชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการประเมินความคุ้มค่าของบริการในระยะยาว แต่จากสถานการณ์การ
จัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า งบประมาณของหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังมีปัญหาใน
ลักษณะการจัดสรรงบประมาณไม่เอื้อต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ
แม้การจัดสรรจะได้ตามสัดส่วนที่กำหนด แต่งบประมาณไม่เพียงพอ (กลุ่มพัฒนาระบบบริการ
ทั่วไป, 2548 ข; คะนองยุทธ, 2542) รวมทั้งมีการจัดสรรที่ล่าช้า ส่งผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิไม่
สามารถจัดบริการได้ครอบคลุม และทันเวลา (นฤมล, 2547) เช่นเดียวกับการจัดบริการสำหรับ
ผู้พิการ ที่พบว่ายังขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรมส่งเสริมผู้พิการเชิงรุก งบประมาณในการ
จัดทำโครงการพัฒนาและแก้ไขปัญหาผู้พิการส่วนใหญ่ใช้ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ซึ่งจริงๆ งบประมาณนี้ต้องใช้แก้ปัญหาในกลุ่มประชากรอื่นๆ ด้วย ทำให้มีการแบ่งใช้งบประมาณ
ในวงเงินที่จำกัด (ศิริไลซ์, 2551) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนในด้านงบประมาณ
การจัดสรรเพียงพอกับการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการวางแผนการใช้งบประมาณ การใช้จ่าย
งบประมาณเป็นไปตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ การเบิกจ่ายงบประมาณรวดเร็วทันเวลา และการ
ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากหน่วยงาน/แหล่งอื่นๆ

3. ด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ เป็นปัจจัยสำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินงาน
ให้เป็นไปตามแผน และบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ (ทองหล่อ, 2545) รวมทั้งเป็นปัจจัยหนึ่ง
ที่สามารถพัฒนาให้เกิดคุณภาพบริการได้ (Zonsius & Murphy, 1995) ทั้งนี้เพราะการดำเนินงานทุก
อย่างถ้าขาดวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ก็ไม่สามารถดำเนินไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ได้
เช่นเดียวกันกับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ
อุปกรณ์อย่างเพียงพอ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและเกิดคุณภาพ (บุญสม, 2542)
สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช (2546) พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรในด้านวัสดุอุปกรณ์ใน
การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนใน
จังหวัดบุรีรัมย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว (2548) ที่พบว่า วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการ
ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถของผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ ในการ
จัดการระบบสารสนเทศด้านส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน แต่จากสภาพปัญหาของหน่วย
บริการปฐมภูมิ พบว่า การขาดวัสดุอุปกรณ์ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในการดำเนินงานและการ
พัฒนาคุณภาพบริการ (ประจักษ์, 2545) โดยเฉพาะด้านการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการใน

หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องใช้วัสดุอุปกรณ์จากหลายส่วน วัสดุอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลซึ่งจะใช้ร่วมกับการจัดบริการสำหรับประชากรกลุ่มอื่นๆ วัสดุอุปกรณ์ในการทำหัตถการ วัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีอำนาจในการจัดซื้อเอง ต้องรอการสนับสนุนจากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังรวมถึงยานพาหนะในการออกจัดบริการเชิงรุกด้วย ซึ่งวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านั้นจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอและทันเวลา แต่จากการศึกษาของศิริไลซ์ (2551) พบว่า อุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการในหน่วยบริการปฐมภูมียังคงขาดแคลนหรือไม่มีเลย เนื่องจากคนพิการบางคน ความพิการไม่เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับ แต่จำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์ในการดำรงชีวิต ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิจัดสรรให้ไม่ได้เนื่องจากไม่มีอำนาจ อีกทั้งยังขาดองค์ความรู้ในการผลิตอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอย่างง่ายที่คัดแปลงจากวัสดุที่หาง่ายในชุมชน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนในด้านวัสดุอุปกรณ์จึงประกอบด้วย ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ในการปฏิบัติงาน การวางแผนและการจัดหาวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ในการปฏิบัติงาน มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ การนำวัสดุอุปกรณ์ที่หาง่ายในชุมชนมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานมีคุณภาพและได้รับการบำรุงรักษาอยู่เสมอ

4. ด้านการบริหารจัดการ การบริหารเป็นกระบวนการของการตัดสินใจที่มีลักษณะเป็นระบบ เป็นกระบวนการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Wehrlich & Koontz, 1993) มีหน้าที่สำคัญ 5 ประการ คือ 1) การวางแผน เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการทำงาน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและทิศทางขององค์กร เป้าหมายในการทำงาน วัตถุประสงค์ในการทำงาน และวิธีการปฏิบัติ 2) การจัดระบบงาน เป็นการจัดโครงสร้างการบริหารภารกิจหรือหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ อำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ และรูปแบบการประสานงาน 3) การบริหารงานบุคคล คือการวางแผนอัตรากำลังคน การสรรหา การคัดเลือกการกำหนดค่าตอบแทน และการพัฒนาทรัพยากรบุคคล 4) การอำนวยความสะดวก คือการกำหนดรูปแบบการติดต่อสื่อสาร การมอบหมายงาน การจูงใจ และการให้คำปรึกษา และ 5) การควบคุม ขั้นตอนนี้จะเกี่ยวข้องกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน ระบบการควบคุมงาน และการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน (Marriner, 1992) ซึ่งถ้าองค์กรใดมีการบริหารจัดการที่ดีจะส่งผลให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จได้ เช่นเดียวกับหน่วยบริการปฐมภูมิ การได้รับการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เช่น การวางแผน การนิเทศงาน การกำหนดเป้าหมายและการประเมินผลการดำเนินงาน จะทำให้สามารถพัฒนากระบวนการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัยฎาฐ (2542) พบว่า กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อของสถานอนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรี การศึกษาของนงนุช (2546) พบว่าการสนับสนุน

จากองค์กรในด้านการบริหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กรแก้ว (2548) พบว่า กระบวนการบริหารที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถของผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ ในการจัดการระบบสารสนเทศด้านส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ จึงประกอบด้วย นโยบายการดำเนินงาน การกำหนดเป้าหมาย แผนงาน และแนวทางปฏิบัติงาน การวางแผนการปฏิบัติงาน การกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ การควบคุมกำกับงาน การติดต่อประสานงาน และการบังคับบัญชาในหน่วยงาน

จากสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมียังมีข้อจำกัดทั้งทางด้านและผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอทั้งด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ มีผลให้การปฏิบัติงานและการดำเนินงานขององค์กรมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ มาศึกษาให้ชัดเจนว่าในสถานการณ์การจัดบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน ตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพบริการสุขภาพหรือไม่

จากการศึกษาแนวคิด สถานการณ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังหาข้อสรุปไม่ได้ว่ามีตัวแปรใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยจึงสนใจนำปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อันประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ และ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ มาศึกษาหาคำอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 193 แห่ง แห่งละ 1 คน จำนวน 193 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามหลักความเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา โดยใช้ตารางการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) จากจำนวนประชากร 193 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 132 คน ซึ่งมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยใช้อำเภอต่างๆ ของจังหวัดที่ศึกษาเป็นชั้นของการแบ่ง
2. นำประชากรในแต่ละชั้นมาคำนวณหาสัดส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเทียบสัดส่วนจากประชากรเป้าหมาย
3. ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากไม่คืนที่ (sampling without replacement) จนได้สัดส่วนและจำนวนตัวอย่าง ดังตาราง 3

ตาราง 3

จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ชื่ออำเภอ (นามสมมติ)	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
อำเภอ ก.	20	14
อำเภอ ข.	20	14
อำเภอ ค.	18	12
อำเภอ ง.	17	12
อำเภอ จ.	15	10
อำเภอ ฉ.	14	10
อำเภอ ช.	14	10
อำเภอ ซ.	13	9
อำเภอ ฌ.	13	9
อำเภอ ญ.	12	8
อำเภอ ฎ.	12	8
อำเภอ ฏ.	6	4
อำเภอ ท.	6	4
อำเภอ ธ.	5	3
อำเภอ ด.	5	3
อำเภอ ต.	3	2
รวม	193	132

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม (questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยประกอบด้วยสาระสำคัญ 6 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการรับผิดชอบงานด้านผู้พิการ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานงานด้านผู้พิการ

2) ข้อมูลด้านความรับผิดชอบ ได้แก่ จำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการขึ้นทะเบียน จำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ให้บริการ สุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และ 3) ข้อมูลด้านการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดทำโครงการเกี่ยวกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ลักษณะแบบสอบถามจะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ใช่ หรือไม่ใช่ ซึ่งมีเกณฑ์พิจารณาการให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ลักษณะคำถามมีทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งมีเกณฑ์พิจารณาให้คะแนนดังนี้

	คำถามเชิงบวก (คะแนน)	คำถามเชิงลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ และด้านบริหารจัดการ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์พิจารณาการให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	ให้	5	คะแนน
มาก	ให้	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 15 ข้อ ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน หมวดการให้บริการดูแลประชากรผู้พิการ และหมวดการบริการเยี่ยมบ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์พิจารณาการให้คะแนน ดังนี้

- 4 หมายถึง มีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมนั้นร้อยละ 80-100 ให้ 4 คะแนน
- 3 หมายถึง มีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมนั้นร้อยละ 70-79 ให้ 3 คะแนน
- 2 หมายถึง มีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมนั้นร้อยละ 60-69 ให้ 2 คะแนน
- 1 หมายถึง มีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมนั้นร้อยละ 50-59 ให้ 1 คะแนน
- 0 หมายถึง มีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมนั้นน้อยกว่าร้อยละ 50 ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นปลายเปิด (open-end question) แบบเติมข้อความ

เกณฑ์การแปลผล

เกณฑ์การแปลผลระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ครั้งนี้ ผู้วิจัยแปลผลโดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการบริการ คือ ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของคะแนนรวม จึงจะถือว่าให้บริการนั้นมีคุณภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550) และเพื่อให้เห็นระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงแบ่งการแปลผลออกเป็น 4 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ และควรปรับปรุง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

คะแนน	การแปลผล
ร้อยละ 90-100	คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 80-89	คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง
ร้อยละ 70-79	คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในระดับต่ำ
น้อยกว่าร้อยละ 70	คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม แล้วนำผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index - CVI) ตามสูตร (บุญใจ, 2550; Waltz, Stickland and Lenz, 1991) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98 หลังจากนั้นนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำแบบสอบถามไปทดลองใช้

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา และนำมาปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ได้เป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ในแบบวัดความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.73 และหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงด้วยวิธีการของครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ในแบบสอบถามที่สอดคล้องต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ แบบสอบถามการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ และแบบสอบถามคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.83, 0.96 และ 0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และสำเนาหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอทั้ง 16 อำเภอในจังหวัด ที่ศึกษา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตไปยื่นเสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอทั้ง 16 อำเภอในจังหวัดที่ศึกษาด้วยตนเอง เพื่อเข้าแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยนำสำเนาหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งที่ศึกษาเพื่อยืนยันตัวเอง และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยในแบบสอบถามแต่ละฉบับ ผู้วิจัยทำการแนบจดหมายแนะนำตัวขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามไว้ด้วย

2.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ตอบแบบสอบถามให้ส่งคืนแบบสอบถามไปที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใน 2 สัปดาห์ โดยมีผู้ช่วยวิจัยในแต่ละอำเภอเป็นผู้เก็บรวบรวม

2.3 ผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละอำเภอด้วยตนเอง ในส่วนแบบสอบถามที่ยังไม่ได้รับคืน ผู้วิจัยจะนัดหมายไปรับคืนด้วยตนเองอีกครั้งหลังจากเลยกำหนดไปแล้ว 3 วัน

2.4 หลังจากได้รับแบบสอบถามคืนแล้ว ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลต่างๆ แก่กลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งการแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ และการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจนว่าการให้ข้อมูลจะไม่มีผล กระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

3. ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผู้วิจัยจะนำมาสรุปและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะถูกปิดเป็นความลับ และหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่มีให้นำมาเผยแพร่ต่อ

4. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเท็จจริงจากข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีการบิดเบือนข้อมูลแต่ประการใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป, ความรู้ในให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว, ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ, การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ และคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และกำหนดเกณฑ์สำหรับการแปลผลระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ (Burns & Grove, 2001)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	สูงกว่า 0.5	แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	0.31-0.50	แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	0.01-0.30	แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

3. วิเคราะห์สรุปปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และการสรุปเนื้อหาพร้อมทั้งจัดหมวดหมู่ข้อมูลเชิงคุณภาพ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 132 คน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบการบรรยาย และแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อยคือ

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรับผิดชอบด้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.3 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อยคือ

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ และการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ

ตาราง 4

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะ (N=132)

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	10.61
หญิง	118	89.39
อายุ (ปี) (\bar{X} = 40.21, SD = 7.86, Min = 22, Max = 59)		
20 – 29	10	7.58
30 – 39	56	42.42
40 – 49	50	37.88
50 – 59	16	12.12
สถานภาพ		
โสด	16	12.12
สมรส	103	78.03
หม้าย	4	3.03
หย่าร้าง/แยก	9	6.82
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	22	16.67
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	107	81.06
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.27

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	24	18.18
นักวิชาการสาธารณสุข	20	15.15
พยาบาลวิชาชีพ	67	50.76
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	18	13.64
พยาบาลเทคนิค	3	2.27
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ (ปี) ($\bar{X} = 5.69$, SD = 5.56, Min = 0.2, Max = 31)		
< 5	75	56.82
5 - 10	36	27.27
11 - 15	14	10.61
> 15	7	5.30
การฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ		
ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม	70	53.03
เคยได้รับการฝึกอบรม (ครั้ง) ($\bar{X} = 1.68$, SD = 0.94, Min = 1, Max = 4)	62	46.97
1	35	56.45
2	17	27.42
3	5	8.06
4	5	8.06

จากตาราง 4 พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.39 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 42.42 อายุเฉลี่ย 40.21 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.03 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 81.06 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 50.76 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 56.82 และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการเลย ร้อยละ 53.03

1.2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรับผิดชอบด้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย จำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในพื้นที่ จำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ตาราง 5

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรับผิดชอบ (N=132)

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรับผิดชอบ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการขึ้นทะเบียน (คน) (\bar{X} = 22.21, SD = 17.70, Min = 1, Max = 98)		
1 - 20	76	57.58
21 - 40	40	30.30
41 - 60	9	6.82
> 60	7	5.30
จำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (คน) (\bar{X} = 5.94, SD = 7.01, Min = 0, Max = 40)		
0	18	13.64
1 - 10	96	72.73
11 - 20	13	9.85
> 20	5	3.79
จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (ชั่วโมง/เดือน) (\bar{X} = 10.00, SD = 8.65, Min = 0, Max = 48)		
0	1	0.76
1 - 10	88	66.67
11 - 20	35	26.51
21 - 30	2	1.51
> 30	6	4.55

จากตาราง 5 พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ต้องดูแลรับผิดชอบผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในพื้นที่จำนวน 1-20 คน ร้อยละ 57.58 โดยต้องดูแลรับผิดชอบผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจำนวน 1-10 คน ร้อยละ 72.73 และพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการ ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเฉลี่ย 1- 10 ชั่วโมง/เดือน ร้อยละ 66.67

1.3 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย การจัดทำโครงการเกี่ยวกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวและหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ

ตาราง 6

จำนวน และร้อยละ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (N=132)

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
การจัดทำโครงการเกี่ยวกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ปีงบประมาณ 2552		
ไม่มีการจัดทำโครงการ	111	84.09
มีการจัดทำโครงการ	21	15.91
หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ*		
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)	78	59.09
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำจังหวัด	59	44.67
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต พื้นที่	13	9.85
องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล	87	65.91
หน่วยงานอื่นๆ (สถาบันการศึกษา)	2	1.51

* หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนมากกว่า 1 แห่ง

จากตาราง 6 พบว่า ในปีงบประมาณ 2552 ที่ผ่านมา หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่มีการจัดโครงการเกี่ยวกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเลย ร้อยละ 84.09 ส่วนหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ ส่วนใหญ่ตอบว่าได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลมากที่สุด ร้อยละ 65.91 รองลงมาคือ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 59.09

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 7

จำนวน และร้อยละของระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N = 132)

ระดับคุณภาพบริการสุขภาพ สำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	จำนวน	ร้อยละ
สูง (ร้อยละ 90-100)	4	3.03
ปานกลาง (ร้อยละ 80-89)	15	11.36
ต่ำ (ร้อยละ 70-79)	27	20.46
ปรับปรุง (น้อยกว่าร้อยละ 70)	86	65.15

จากตาราง 7 พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ประเมินว่าคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 65.15 และรองลงมาคืออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 20.46

เมื่อพิจารณาคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเป็นรายข้อ พบว่า กิจกรรมบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดบริการให้เกิดคุณภาพได้มากที่สุด คือ การจัดทำทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวให้เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ การดำเนินงานประเมินสภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่ ร้อยละ 18.94 ส่วนกิจกรรมบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถทำให้เกิดคุณภาพได้น้อยที่สุด คือ การจัดบริการคัดกรองและเฝ้าระวังให้แก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 13.64 รองลงมาคือ การให้บริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่ ร้อยละ 12.12 ดังรายละเอียดในตาราง 8

ตาราง 8

จำนวน และร้อยละ ของระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกเป็นรายข้อ (N = 132)

กิจกรรมบริการ	ระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว				
	ร้อยละ80-100	ร้อยละ70-79	ร้อยละ60-69	ร้อยละ50-59	< ร้อยละ 50
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. มีการจัดบริการคัดกรองและเฝ้าระวังให้แก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว	7(5.30)	30(22.73)	48(36.36)	29(21.97)	18(13.64)
2. มีการจัดทำทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่เป็นปัจจุบัน	88(66.67)	30(22.73)	12(9.09)	0(0.00)	2(1.51)
3. มีการดำเนินงานประเมินสภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่	25(18.94)	50(37.88)	36(27.27)	13(9.85)	8(6.06)
4. มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่	15(11.36)	49(37.12)	46(34.85)	13(9.85)	9(6.82)
5. มีการจัดบริการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่	12(9.09)	47(35.61)	47(35.61)	16(12.12)	10(7.58)
6. มีการสนับสนุนเครือข่ายกลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่	6(4.54)	36(27.27)	46(34.85)	29(21.97)	15(11.36)
7. มีการให้บริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่	4(3.03)	43(32.58)	43(32.58)	26(19.70)	16(12.12)
8. มีการจัดระบบการส่งต่อผู้พิการที่รวดเร็วและทันเวลา	16(12.12)	48(36.36)	45(34.09)	12(9.09)	11(8.33)

ตาราง 8 (ต่อ)

กิจกรรมบริการ	ระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว				
	ร้อยละ80-100	ร้อยละ70-79	ร้อยละ60-69	ร้อยละ50-59	< ร้อยละ 50
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
9. มีการประสานงานและร่วมดำเนินงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่	15(11.36)	48(36.36)	43(32.58)	18(13.64)	8(6.06)
10. มีการประสานงานและร่วมดำเนินงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคมแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่	17(12.88)	51(38.64)	39(29.54)	19(14.39)	6(4.54)
11. มีการให้บริการเยี่ยมบ้านแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่	21(15.91)	73(55.30)	30(22.73)	6(4.54)	2(1.51)
12. มีการให้บริการเยี่ยมบ้านครบถ้วนตามมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนหรือแนวทางปฏิบัติที่มีการพัฒนาร่วมกัน	20(15.15)	55(41.67)	42(31.82)	10(7.58)	5(3.79)
13. มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหวลงใน Family Folder หรือบันทึกอื่น ๆ ครบถ้วน	24(18.18)	59(44.70)	32(24.24)	14(10.61)	3(2.27)
14. มีการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่	18(13.64)	52(39.39)	40(30.30)	13(9.85)	9(6.82)
15. มีระบบการดูแลและติดตามผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง	17(12.88)	52(39.39)	44(33.33)	12(9.09)	7(5.30)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดให้ความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตาราง 9

ตาราง 9

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N=132)

ปัจจัยที่ศึกษา	คุณภาพบริการสุขภาพ
ปัจจัยด้านบุคคล	
- ความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	.24*
- ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	.18*
- ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	.11
ปัจจัยด้านสถานการณ์	
- การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	.24*
- จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	.17*
- การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ	.47*

* p < .05

จากตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ กับคุณภาพบริการสุขภาพ

สำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .05$) และความรู้ในการให้บริการสุขภาพ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานด้านพิการ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ และจำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, .18, .24, .17, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 10

จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีกรรายงานปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ($N=132$)

ปัญหา/อุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
ด้านบุคลากร	105	79.54
1. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้และทักษะ	82	78.09
2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานมาก	69	65.71
3. เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิไม่เพียงพอ	61	58.09
ด้านงบประมาณ	74	56.06
1. ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	48	64.86
2. การสนับสนุนงบประมาณน้อยไม่เพียงพอ	30	40.54
3. การจัดสรรงบประมาณล่าช้า	12	16.22
4. ขั้นตอนการของงบประมาณยุ่งยากหลายขั้นตอน	4	5.40
ขาดรูปแบบที่ชัดเจน		

ตาราง 10 (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
ด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์	66	50.00
1. วัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ด้านผู้พิการมีน้อยไม่เพียงพอ	46	69.70
2. วัสดุอุปกรณ์สำหรับผู้พิการชำรุด เก่า ใช้การไม่ได้	20	30.30
3. การจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ล่าช้า	12	18.18
4. ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้อุปกรณ์	6	9.09
5. ไม่รู้วิธีการและขั้นตอนการเบิกวัสดุอุปกรณ์	3	4.54
ด้านการบริหารจัดการ	44	33.33
1. นโยบายและการบริหารจัดการงานด้านผู้พิการไม่ชัดเจน	27	61.36
2. ไม่มีรายละเอียดของงานผู้พิการในระดับปฐมภูมิ	18	40.91
3. ขาดการชี้แจงระบบงานจากหน่วยเหนือ	9	20.45
4. การจัดการงานยังไม่เป็นระเบียบขั้นตอนที่ชัดเจน	2	4.54
ด้านข้อมูลข่าวสาร	37	28.03
1. ระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความล่าช้า	21	56.76
2. ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการในหน่วยบริการ ปฐมภูมิมีน้อย	14	37.84
3. เอกสารสำหรับการดูแลผู้พิการไม่มี	10	27.02
4. การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านผู้พิการไม่ทั่วถึง	3	8.11
ด้านอื่นๆ ในการปฏิบัติงาน	31	23.48
1. ผู้ดูแลผู้พิการยังขาดความรู้	12	38.71
2. ญาติและผู้ดูแลผู้พิการไม่เห็นความสำคัญของการดูแลผู้พิการ	7	22.58
3. ผู้พิการบางคนไม่ให้ความร่วมมือ	5	16.13
4. อสม. ที่ช่วยปฏิบัติงานยังมีความรู้จำกัด	4	12.90
5. เวลาในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ	3	9.68
6. ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3	9.68
7. ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน	2	6.45

จากตาราง 10 พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ระบุว่ามีปัญหา/อุปสรรคด้านบุคลากรมากที่สุด ร้อยละ 79.54 รองลงมาคือด้านงบประมาณ ร้อยละ 56.06 และเมื่อแยกพิจารณาปัญหา/อุปสรรคเป็นรายด้าน พบว่า ด้านบุคลากร ปัญหา/อุปสรรคที่เสนอมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 78.09 ด้านงบประมาณ ปัญหา/อุปสรรคที่เสนอมากที่สุดคือ หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ร้อยละ 64.86 ด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ ปัญหา/อุปสรรคที่เสนอมากที่สุดคือ วัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการมีน้อยไม่เพียงพอ ร้อยละ 69.70 ด้านการบริหารจัดการ ปัญหา/อุปสรรคที่เสนอมากที่สุดคือ นโยบายและการบริหารจัดการงานด้านผู้พิการไม่ชัดเจน ร้อยละ 61.36 ด้านข้อมูลข่าวสาร ปัญหา/อุปสรรคที่เสนอมากที่สุดคือ ระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความล่าช้า ร้อยละ 56.76 ส่วนด้านอื่นๆ ในการปฏิบัติงาน ปัญหา/อุปสรรคที่เสนอมากที่สุดคือ ผู้ดูแลผู้พิการยังขาดความรู้ ร้อยละ 38.71

ตาราง 11

จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีการรายงานข้อเสนอแนะในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (N=132)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านบุคลากร	89	67.42
1. ควรมีการจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	68	76.40
2. ควรจัดบุคลากรให้เหมาะสมและเพียงพอตามกรอบอัตรากำลังคน	41	46.07
3. ควรมีพยาบาลอยู่ประจำทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ	2	2.25
ด้านงบประมาณ	56	42.42
1. ควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลผู้พิการโดยตรง	31	55.36
2. ควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลผู้พิการให้มากขึ้น	24	42.86
3. ควรมีช่องทางในการหางบประมาณเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่ได้รับจัดสรร	9	16.07
4. ควรมีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน	4	7.14

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์	45	34.09
1. ควรมีวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้พิการ ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ	40	88.89
2. ควรมีคู่มือเกี่ยวกับวิธีใช้และดูแลรักษาวัสดุอุปกรณ์	5	11.11
3. ควรมีคู่มือหรือแนวทางแนะนำวิธีการและขั้นตอนเบิก วัสดุอุปกรณ์	3	6.67
ด้านการบริหารจัดการ	31	23.48
1. ควรมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้พิการ ในระดับปฐมภูมิให้ชัดเจน	20	64.52
2. ควรมีแนวทางการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในระดับ ปฐมภูมิที่ชัดเจน	12	38.71
3. ควรมีการเตรียมความพร้อมและชี้แจงระบบงานให้แก่ เจ้าหน้าที่ก่อนลงปฏิบัติงาน	6	19.35
ด้านข้อมูลข่าวสาร	24	18.18
1. ควรมีระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจนและทันต่อเหตุการณ์	14	58.33
2. ควรมีการจัดทำคู่มือเกี่ยวกับการดูแลผู้พิการให้กับ หน่วยบริการปฐมภูมิ	10	41.67
ด้านอื่นๆ ในการปฏิบัติงาน	21	15.91
1. ควรจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้พิการและผู้ดูแล	12	57.14
2. ควรจัดอบรมให้แก่ อสม. เพื่อเป็นเครือข่ายในการดูแล	3	14.29
3. ควรมีทีมสุขภาพลงมาให้บริการดูแลและติดตามเยี่ยม ผู้พิการร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ	2	9.52
4. ควรมีการสร้างเครือข่ายเพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อ ประสานงาน	2	9.52
5. ควรมีการสร้างขวัญกำลังใจและให้ค่าตอบแทนแก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	2	9.52

จากตาราง 11 พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะด้านบุคลากรมากที่สุด ร้อยละ 67.42 รองลงมาคือด้านงบประมาณ ร้อยละ 42.42 และเมื่อแยกพิจารณาข้อเสนอแนะเป็นรายด้าน พบว่า ด้านบุคลากร เสนอให้มีการจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด ร้อยละ 76.40 ด้านงบประมาณ เสนอให้มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานด้าน ผู้พิการโดยตรงมากที่สุด ร้อยละ 55.36 ด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ เสนอให้มีการจัดสรรวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้พิการไว้ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุด ร้อยละ 88.89 ด้านการบริหารจัดการ เสนอให้มีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้พิการในระดับปฐมภูมิให้ชัดเจนมากที่สุด ร้อยละ 64.52 ด้านข้อมูลข่าวสาร เสนอให้มีการพัฒนาและปรับปรุงระบบส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนและทันต่อเหตุการณ์มากที่สุด ร้อยละ 58.33 ส่วนด้านอื่นๆ ในการปฏิบัติงาน เสนอให้มีการจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะแก่ผู้พิการและผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 57.14

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 132 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 65.15 (คะแนนคุณภาพบริการสุขภาพน้อยกว่าร้อยละ 70 ของคะแนนรวม) นั้นแสดงว่าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวให้เกิดคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำที่กำหนดไว้ได้ โดยพบว่ากิจกรรมบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดบริการให้เกิดคุณภาพได้ คือ บริการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อ

การเกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว บริการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว บริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว การประสานงานและร่วมดำเนินงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว รวมทั้งการให้การสนับสนุนเครือข่ายผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่างานดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ไม่ได้เป็นงานที่อยู่ในแผนปฏิบัติงานหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงอาจทำให้การดำเนินงานเกิดขึ้นไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งยังขาดมาตรฐานในการปฏิบัติงานให้บริการผู้พิการในระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน

จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการส่วนใหญ่จะอยู่ในโรงพยาบาลทุกระดับ ยังไม่สามารถเข้าถึงผู้พิการในระดับชุมชน ตำบล และหมู่บ้านได้ (สุวิทย์ และคณะ, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริไลซ์ และสุภสิทธิ์ (2550) ที่พบว่า ปัจจุบันบทบาทหน้าที่ด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการของหน่วยงานภาครัฐของกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลในระดับชุมชน (สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน) ยังไม่ชัดเจน ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง โดยจะเกิดขึ้นตามคำสั่งเป็นระยะๆ เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอด้านปัญหาอุปสรรคในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ระบุว่า ถึงแม้ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดให้ใช้มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ (รวมทั้งผู้พิการทางการเคลื่อนไหวด้วย) แต่เนื่องจากตัวมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ได้มีการระบุเกี่ยวกับรายละเอียดของการจัดบริการไว้ว่าจะต้องทำอะไรบ้าง จึงทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีแนวทางในการจัดบริการที่เป็นมาตรฐานชัดเจน

อีกทั้งการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังคงเป็นการให้บริการเชิงรับมากกว่าเชิงรุก (รวีวรรณ, ถนอมวงษ์ และศิริวรรณ, 2545) นั่นคือ เน้นการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหลัก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบันสถิติการมารับบริการรักษาพยาบาลของประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (ชาญศักดิ์, 2547) จนส่งผลให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่มีเวลาพัฒนางานอื่นๆ โดยเฉพาะงานบริการในชุมชน (ทิพวรรณ, 2550; วัชรญา, 2552) อันรวมถึงการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและไม่สามารถมารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเองได้ด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาปัญหา/อุปสรรคในให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ระบุว่า การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวไม่สามารถพัฒนาหรือดำเนินงานให้เกิดคุณภาพได้เท่าที่ควร เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีภาระ

งานมาก ทั้งงานด้านการบริการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นงานหลักและงานบริการอื่นๆ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิต้องรับผิดชอบ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการเพิ่มรายละเอียดในกระบวนการปฏิบัติงานมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2544) แต่ในขณะที่เดียวกันจำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิยังคงเท่าเดิม จนก่อให้เกิดภาวะขาดแคลนบุคลากร และทำให้บุคลากรแต่ละคนที่มีอยู่ต้องรับผิดชอบภาระงานมากขึ้น ปริมาณเวลาในการปฏิบัติงานแต่ละงานจึงลดน้อยลง จนกระทบต่อคุณภาพของงานที่ทำ (Robbins, 2001) ซึ่งอาจจะรวมถึงคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวด้วย เพราะจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ใช้เวลาในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเฉลี่ยเพียง 1-10 ชั่วโมงต่อเดือน ร้อยละ 66.67 อีกทั้งในปี 2552 ที่ผ่านมามีหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ร้อยละ 84.09 ไม่มีการจัดทำโครงการเกี่ยวกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเลย

ดังนั้นจึงอาจจะสรุปได้ว่า ผลพวงจากความไม่ชัดเจนของนโยบายและข้อจำกัดของระบบบริการในระดับปฐมภูมิปัจจุบัน เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ แต่นอกจากข้อจำกัดดังกล่าวแล้ว ผลการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ของผู้ให้บริการก็น่าจะเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง เพราะจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 85.61 สอดคล้องกับผลการศึกษาของเนตรนภา (2546), ศิวีไลซ์ (2551) และสุวิทย์ และคณะ (2540) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมียังคงมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้พิการ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับบริการที่ให้ตามช่วงเวลาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และร่างกายของผู้พิการ ซึ่งมีความสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้พิการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 50.76 และเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งอื่นๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อีกร้อยละ 49.24 ซึ่งทั้งหมดนี้ไม่ได้เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านผู้พิการโดยตรง อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้พิการเลย ร้อยละ 53.03 ซึ่งอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวไม่เกิดคุณภาพตามเป้าหมายที่คาดไว้ โดยผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กิจกรรมบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถจัดบริการให้เกิดคุณภาพได้มากที่สุด คือ การจัดบริการคัดกรองและเฝ้าระวังให้แก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 13.6 รองลงมา

คือ การให้บริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่ ร้อยละ 12.1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกิจกรรมดังกล่าวต้องอาศัยความรู้และความชำนาญเฉพาะทาง

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ ก็ยืนยันว่า ยังมีหน่วยบริการปฐมภูมิอีก 4 แห่ง ที่คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับสูง และอีก 15 แห่ง ที่คุณภาพบริการที่สามารถจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวให้เกิดคุณภาพสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ได้ โดยผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวให้มีคุณภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนคุณภาพบริการร้อยละ 90-100) คือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการ ร้อยละ 100 และหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวให้มีคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนคุณภาพบริการร้อยละ 80-89) คือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการ ร้อยละ 46.67 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจ และความชำนาญในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพเบื้องต้นได้อยู่แล้ว จึงทำให้สามารถจัดบริการได้ดีกว่าผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งอื่นๆ ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้ จึงสะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพคือผู้ที่มีความเหมาะสมมากที่สุดในการเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งผู้บริหารควรให้ความสำคัญและพิจารณาจัดสรรพยาบาลวิชาชีพกระจายลงสู่หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างทั่วถึง เพราะการจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมกับงาน ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้การดำเนินงานขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนประสมการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าในการทำงานใดๆ ก็

ตามขององค์กร งานจะมีคุณภาพได้ จำเป็นต้องอาศัยผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ความสามารถอย่างเพียงพอสามารถทำงานได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน มีความสนใจและความใส่ใจต่องาน สามารถทุ่มเทเวลาให้กับการทำงานได้อย่างเต็มที่ และถ้าหากผู้ปฏิบัติงานดังกล่าวได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ก็จะทำให้เขาสามารถพัฒนาการทำงานของตนเองให้เกิดคุณภาพได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะการฝึกอบรมเป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาความรู้และทักษะในการทำงานให้มีมากขึ้น แต่เนื่องจากคุณภาพของงานในองค์กร ไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวผู้ปฏิบัติงานเพียงอย่างเดียว การได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอและเหมาะสมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพของงาน เพราะเป็นสิ่งที่เอื้อให้การทำงานของผู้ปฏิบัติงานในองค์กรดำเนินไปอย่างราบรื่น ส่วนประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานอาจไม่สามารถนำมาตัดสินคุณภาพของงานในองค์กรได้ ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนปีที่ทำงานไม่ได้สิ่งที่ยืนยันว่าผู้ปฏิบัติงานนานกว่าจะทำงานได้ดีกว่าผู้ปฏิบัติงานน้อยกว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพในการทำงานมาก แต่ไม่สามารถนำความได้เปรียบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์กับการทำงาน การมีหรือไม่มีประสิทธิภาพในการทำงานก็ไม่มีผลต่องานที่ทำ ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการมีความสัมพันธ์เชิงบวกในกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดของแม็คคอร์มิคและอิลเกิน (McCormick & Ilgen, 1985) ที่กล่าวว่า การให้การสนับสนุนการดำเนินงานที่เพียงพอและเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งผลการศึกษานี้ พบว่า การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระดับความสัมพันธ์ที่มีค่า (+) สูงกว่าปัจจัยอื่นๆ ที่ศึกษา และเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมโดยการนำปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมด (6 ปัจจัย) มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุแบบเข้าพร้อมกัน พบว่า การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ โดยสามารถทำนายอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้ร้อยละ 26 ($\text{adjusted } R^2 = 0.26$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการจะดำเนินงานจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิให้เกิดคุณภาพได้นั้น จำเป็นต้องได้รับ

การสนับสนุนการดำเนินงานในทุกๆ ด้านอย่างเพียงพอและเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น และบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้วางไว้

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.33 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ และด้านการบริหารจัดการ ทุกด้านก็อยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน ในขณะที่เดียวกันคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ก็อยู่ระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 65.15 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ เพราะการมีทรัพยากรที่เพียงพอและเหมาะสม รวมทั้งมีระบบการบริหารจัดการที่ดี เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานให้เกิดความสำเร็จ (พวงรัตน์, 2548)

ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องมีความเพียงพอทั้งในด้านบุคลากร ที่ถือว่าเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญมากที่สุดขององค์กร (สมยศ, 2545) เนื่องจากการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรเป็นหัวใจสำคัญที่สุดที่คอยควบคุมให้ส่วนอื่นๆ ดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (ชงชัยและชัยยศ, 2541) งบประมาณ ซึ่งเป็นทรัพยากรการบริหารที่ทำให้กลไกอื่นๆ ในระบบการบริหารมีความคล่องตัวและเป็นตัวสนับสนุนระบบการปฏิบัติของกำลังคนให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อุมาภรณ์, 2550) วัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน และบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ (ทองหล่อ, 2545) รวมทั้งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถพัฒนาให้เกิดคุณภาพบริการได้ (Zonsius & Murphy, 1995) และการบริหารจัดการ ที่เป็นกระบวนการของการตัดสินใจที่มีลักษณะเป็นระบบ เป็นกระบวนการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Wehrich & Koontz, 1993) ซึ่งทั้งหมดที่ได้กล่าวมานี้ ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่สำคัญ และจำเป็นต้องมีเพื่อพัฒนางานให้เกิดคุณภาพ (บุญสม, 2542) สอดคล้องกับผลการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยสนับสนุนด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน อีกทั้งยังเป็นข้อจำกัดที่สำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพของงานต่างๆ (กรแก้ว, 2548; กลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป, 2548ข; คະนองยุทธ, 2542; นงนุช, 2546; นฤมล, 2547; ประจักษ์, 2548; อัญญาวุธ, 2542)

ความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r = .24, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดของแม็คคอร์มิค และอิลเกิน (McCormick & Ilgen, 1985) ที่กล่าวว่า การมีความรู้ที่เหมาะสมกับงานเป็นคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กร ทั้งนี้เพราะการมีความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดความพยายามในการทำงานได้ อีกทั้งถ้าหากบุคคลใดมีความรู้ในงานก็จะสามารถคาดการณ์ได้ว่าเขาจะสามารถปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจและจริงจัง (Schermerhorn et al., 2003) แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ถึงแม้ความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว แต่ก็มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิมิส่วนใหญ่ มีความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 85.61 ในขณะที่คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ก็อยู่ระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 65.15 และเมื่อทำการเปรียบเทียบคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวระหว่างกลุ่ม (ตามระดับความรู้) พบว่า ระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเดียวกันและไม่แตกต่างกัน จึงอาจส่งผลให้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษาครั้งนี้ จึงอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิจะมีความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น ก็มีแนวโน้มที่จะทำให้คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

แม้ว่าความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว แต่จากสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่พบว่า ส่วนใหญ่เสนอให้มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้แก่ผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด ร้อยละ 76.40 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการทำงานใดๆ ก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ มากเพียงพอ เพื่อที่จะสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของไอรูริตา (Iruirita, 1999) ที่พบว่า การมีความรู้ที่ถูกต้อง และเพียงพอ มีผลต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และเกิดผลลัพธ์ในระดับสูง การศึกษาของประจักษ์ (2545) พบว่า ความรู้ของผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์

กับการพัฒนาคุณภาพบริการ และเป็นตัวแปรที่ร่วมพยากรณ์คุณภาพบริการในสถานีนอนัมย์ได้ การศึกษาของเสาวมาศ (2545) พบว่าความรู้ของผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน และการศึกษาของอารีญา (2550) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดของแม็คคอร์มิกและอิลเกิน (McCormick & Ilgen, 1985) ที่กล่าวว่า การได้รับการฝึกอบรมเป็นเงื่อนไขด้านสถานการณ์ขององค์กรที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคล และส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จขององค์กร ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการฝึกอบรมเป็นการพัฒนาความรู้ และทักษะให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ความรู้และทักษะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานและเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคลให้มีคุณภาพสูงขึ้น รวมทั้งช่วยส่งเสริมสมรรถภาพของบุคคลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบังเกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีต่อหน่วยงาน (รำภาภรณ์, 2548; วิจิตร, 2540; วิทยา, 2552) แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ถึงแม้การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว แต่ก็ยังเป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับปฏิบัติงานด้านผู้พิการเลย ร้อยละ 53.03 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่ง และเมื่อทำการเปรียบเทียบคุณภาพบริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวระหว่างกลุ่มที่เคยได้กับการฝึกอบรมและกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม พบว่า ระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน คือ อยู่ระดับที่ควรปรับปรุง ซึ่งไม่แตกต่างกัน จึงอาจส่งผลให้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับต่ำ จากผลการศึกษานี้ จึงขอขยายได้ว่า ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิจะได้รับการฝึกอบรมเพิ่มมากขึ้น ก็มีแนวโน้มที่จะทำให้คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

แม้ว่าการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว แต่ผู้บริหารก็ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะในสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวใน

หน่วยบริการปฐมภูมิปัจจุบัน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการทั้งหมดไม่ได้เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้พิการโดยตรง และส่วนใหญ่ก็มีความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในระดับต่ำ ร้อยละ 85.61 ดังนั้นการฝึกอบรมจึงยังคงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การได้รับการฝึกอบรมที่แตกต่างกันของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิมีผลต่อการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะการเข้ารับการฝึกอบรมทำให้ทราบนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติงาน ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการฟื้นฟูความรู้ในการดำเนินงาน ปรับทัศนคติที่ดีต่องาน รับทราบเทคนิควิธีการใหม่ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่บุคลากรสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมมีผลการดำเนินงานดีกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่บุคลากรสาธารณสุขไม่ได้รับการฝึกอบรม (ผกาวรรณ, 2548) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของยรรยง (2550) ที่พบว่าการฝึกอบรมเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดของแม็คคอร์มิกและอิลเก้น (McCormick & Ilgen, 1985) ที่กล่าวว่า การมีทัศนคติที่แตกต่างกันของบุคคลจะส่งผลต่อการทำงานในทิศทางที่แตกต่างกันด้วย ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล คือถ้าบุคคลใดมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการปฏิบัติงาน จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเบื่อหน่ายและถอยหนีให้ห่างจากงานที่ทำอยู่ แต่ในขณะเดียวกันถ้าบุคคลใดมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลนั้นสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานได้ รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความสนใจ ความใส่ใจ ความมุ่งมั่นและความทุ่มเทในการทำงานมากขึ้น อันจะส่งผลให้งานที่ทำประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ (Luthans, 1995 อ้างตามรำพึง, 2545; สุพัฒน์, 2549; Robert, 2002) แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ถึงแม้ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว แต่ก็ยังเป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิจะทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการเพิ่มมากขึ้น ก็มีแนวโน้มที่จะทำให้คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ร้อยละ 79.54 ในขณะที่คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการ

เคลื่อนไหวนส่วนใหญ่อยู่ระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 65.15 และเมื่อทำการเปรียบเทียบคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวระหว่างกลุ่ม (ตามระดับทัศนคติ) พบว่า ระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเดียวกันและไม่แตกต่างกัน จึงอาจส่งผลให้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งการมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานหรือพัฒนางานของตนเองให้เกิดคุณภาพตามที่กำหนดไว้ได้ ทั้งนี้เพราะทัศนคติไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม (Robert, 2002) แต่อาจมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามามีเกี่ยวข้องด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของแม็คคอร์มิคและอิลเก็น (McCormick and Ilgen, 1985) ที่กล่าวว่า นอกจากปัจจัยด้านบุคคล (individual variables) จะเป็นตัวกำหนดให้พฤติกรรมการทำงานของคนมีความแตกต่างกันแล้ว ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational variables) ก็เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของคน

แม้ว่าผลการศึกษานี้ จะพบว่า ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ก็ยังสะท้อนให้เห็นว่า การกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ยังคงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้การดำเนินงานขององค์กรประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพิภพ (2547) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่องานและการปฏิบัติงานจะส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาการศึกษาของไอรูริตา (Iruita, 1999) ที่พบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีผลต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และเกิดผลลัพธ์ในระดับสูง ผลการศึกษาของกมลรัตน์ (2546) พบว่า พยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานมีพฤติกรรมการทำงานสูงกว่าพยาบาลที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการทำงาน การศึกษาของนงนุช (2546) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของวิไลวรรณ (2547) พบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อการรับรองคุณภาพบริการโรงพยาบาลของบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้ง โดยผลการศึกษานี้ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ร้อยละ 66.67 ใช้เวลาในการ

ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเฉลี่ยเพียง 1 - 10 ชั่วโมง/เดือนเท่านั้น และเมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวภายในกลุ่ม (กลุ่มที่ใช้เวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 1 - 10 ชั่วโมง/เดือน) พบว่า คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 65.91 ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการเพิ่มเติมรายละเอียดในกระบวนการปฏิบัติงาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2544) ทำให้ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบงานของหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่จำนวนบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมียังคงเท่าเดิม ส่งผลให้บุคลากรแต่ละคนต้องรับผิดชอบภาระงานมากขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาของสัชชาติ (2546) พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากกว่า 10 งาน ร้อยละ 50.80 และต้องรับผิดชอบ 1-10 งาน ร้อยละ 49.20 นอกจากนี้บุคลากรยังต้องสูญเสียเวลาการปฏิบัติงานส่วนหนึ่งไปในการเดินทางไปร่วมประชุมสัมมนาหรือไปราชการตามภารกิจหลักต่างๆ ถึงร้อยละ 11.43 หรือคิดเป็น 274.22 นาทีต่อสัปดาห์ (บุญทวี, 2546) จึงส่งผลให้บุคลากรมีเวลาในการปฏิบัติงานแต่ละภารกิจที่รับผิดชอบลดน้อยลง จนกระทบต่อคุณภาพของงานหรือทำให้ผลผลิตของงานตกต่ำลง (Robbins, 2001)

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ถึงแม้จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ก็มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อีกทั้งค่าความสัมพันธ์ที่ได้ยังต่ำกว่าปัจจัยอื่นๆ ที่ศึกษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเฉลี่ยเพียง 1 - 10 ชั่วโมง/เดือน ร้อยละ 66.67 ในขณะที่คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ก็อยู่ระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 65.15 และเมื่อทำการเปรียบเทียบคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวระหว่างกลุ่ม (ตามปริมาณเวลาที่ใช้ในการให้บริการ) พบว่า ระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเดียวกันและไม่แตกต่างกัน จึงอาจส่งผลให้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งผลงานที่ออกมาแตกต่างกันของแต่ละบุคคลนั้น อาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับการมีเวลาในการทำงานมากหรือน้อยเพียงอย่างเดียว แต่อาจขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นสามารถเห็นคุณค่าของเวลาและใช้เวลาที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับงานที่รับผิดชอบได้เพียงใดด้วย เพราะถ้าหากบุคคลใดสามารถควบคุมการใช้เวลาหรือบริหารเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ (บุญทวี, 2546) ผลการศึกษาค้นคว้า นี้ จึงอธิบายได้ว่า ถึงแม้

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิจะมีเวลาในการปฏิบัติงานให้บริการ
สุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น ก็มีแนวโน้มที่จะทำให้คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้
พิการทางการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และก็จะเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดเมื่อเปรียบกับ
ปัจจัยตัวอื่นๆ

ส่วนประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการ
สุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ นั้นหมายความว่า ไม่ว่าเจ้าหน้าที่
ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการจะมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการมากหรือน้อย ก็ไม่ได้ทำ
ให้คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ เกิดขึ้น
แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิดของแม็คคอร์มิค
และอิลเกิน (McCormick & Ilgen, 1985) ที่กล่าวว่า ประสบการณ์เป็นปัจจัยด้านบุคคลปัจจัยหนึ่งที่มี
ผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล และความสำเร็จขององค์กร ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของโรบบินส์
(Robbins, 2001) ที่กล่าวว่า คนที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานนานกว่าจะให้ผลผลิตในการปฏิบัติงาน
มากกว่าคนที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า จำนวนปีที่ทำงานไม่ได้เป็น
สิ่งประกันว่าคนทำงานนานจะมีประสบการณ์งานมากกว่าคนที่ทำงานน้อยกว่า (เสริมศักดิ์, 2525)
แต่อาจขึ้นอยู่กับการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้พบมากกว่า (วรัญญา, 2552) เพราะคนเราจะฉลาด
หรือมีไหวพริบมากกว่ากันมิได้ขึ้นอยู่กับการเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมานานกว่ากัน
เท่าใด แต่ขึ้นอยู่กับว่าผู้นั้นสามารถที่จะเรียนรู้เอาประโยชน์จากประสบการณ์นั้นๆ ไปใช้ประโยชน์
ในชีวิตการทำงานได้มากน้อยเพียงใดมากกว่า อีกทั้งประสบการณ์อย่างหนึ่งในเหตุการณ์หนึ่ง
และเวลาหนึ่ง บางครั้งก็อาจไม่สามารถนำมาใช้กับเหตุการณ์อีกอย่างหนึ่งได้ (มนูญ, 2540)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 56.82 ซึ่งตามแนวคิด
ของเบนเนอร์ (Benner, 1982) กล่าวว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 2-3 ปีขึ้นไปถือว่าเป็น
ผู้ที่มีศักยภาพมากพอที่จะทำงานให้สำเร็จได้ แต่เนื่องจากการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ
ทางการเคลื่อนไหวมีความหลากหลาย เพราะผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแต่ละคนมีลักษณะความ
พิการและความต้องการบริการที่แตกต่างกัน ดังนั้นบางครั้งจึงไม่สามารถนำประสบการณ์ในการ
ให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหวรายหนึ่ง ไปใช้กับอีกรายหนึ่งได้ อีกทั้งการดำเนินงานด้าน
ผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่จะเกิดขึ้นตามคำสั่งจากหน่วยเหนือ
เป็นระยะๆ เท่านั้น (สุวิทย์ และคณะ, 2540) จึงอาจส่งผลให้การเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
งานด้านผู้พิการไม่แตกต่างกัน ทำให้ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการไม่มีความสัมพันธ์
กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของสุพัฒน์ (2549) พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านบริหารจัดการ และการศึกษาของวรัญญา (2552) พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถทำนายผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของนงพงา (2542) พบว่า ประสิทธิภาพในการทำงานเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงาน และผลการศึกษาของโอนีล (O' Neal, 1987) พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงาน ผลผลิต และความสำเร็จในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 3 ปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ และด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถอภิปรายผลปัญหา/อุปสรรคในแต่ละด้านได้ดังนี้

ด้านบุคลากร จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ระบุว่ามีปัญหา/อุปสรรคด้านบุคลากรมากที่สุด ร้อยละ 79.54 โดยปัญหา/อุปสรรคที่มีการเสนอมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 78.09 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการส่วนใหญ่มีความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 85.61 โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้พิการ การใช้อุปกรณ์เทียม การประเมินอาการหรือภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลและฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจ ซึ่งความรู้ทั้งหมดนี้ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานต้องใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการรุนแรงมากขึ้น (ศิริไลซ์, 2551) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งไม่ได้เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้พิการ โดยตรง อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการเลย ร้อยละ 53.03 จึงอาจเป็นไปได้ที่จะทำ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับนำไปใช้ในการ

ปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงมีการเสนอแนะให้มีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการให้มากขึ้น ร้อยละ 76.40 ทั้งนี้เพราะการมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลแต่ละคนสามารถปฏิบัติงานภายใต้ขอบเขตภาระงานที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบังเกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้น (วิจิตร, 2540)

ด้านงบประมาณ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบุว่ามีปัญหา/อุปสรรคด้านงบประมาณ ร้อยละ 56.06 โดยปัญหา/อุปสรรคที่มีการเสนอมากที่สุด คือ หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ร้อยละ 64.86 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการโดยตรง ถึงแม้ว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะมีการจัดตั้งกองทุนสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้แก่ผู้พิการ โดยเฉพาะ แต่จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการส่วนใหญ่จะกระจุกอยู่ที่ส่วนกลาง ยังไม่สามารถกระจายงบประมาณในการบริหารจัดการลงไปในพื้นที่หรือบริการระดับปฐมภูมิได้ ส่งผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการปฐมภูมิก็ยังคงมีการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่ โดยใช้งบประมาณจากหมวดสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการเยี่ยมบ้าน และจัดบริการเชิงรุก โดยถือว่าผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเป็นกลุ่มเป้าหมายส่งเสริมสุขภาพกลุ่มหนึ่งที่หน่วยบริการปฐมภูมิต้องให้การดูแล แต่เนื่องจากงบประมาณในส่วนนี้เป็นงบประมาณที่ต้องใช้แก้ปัญหาให้กับประชากรกลุ่มอื่นๆ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย ดังนั้นจึงต้องมีการแบ่งใช้งบประมาณในวงเงินที่จำกัด (ศิริไลซ์, 2551; สุวิทย์และคณะ, 2540) จึงอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิร้อยละ 40.54 ระบุว่างบประมาณสำหรับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการมีน้อยและไม่เพียงพอ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงมีการเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการพิจารณาจัดสรรงบประมาณสำหรับจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการโดยตรง ร้อยละ 55.36 และเสนอให้เพิ่มงบประมาณอีกร้อยละ 42.86 ทั้งนี้เนื่องจากถือว่างบประมาณเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญประการหนึ่งในการช่วยให้การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินไปได้ด้วยดี (Starfield, 1992)

ด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ พบว่า ประเด็นปัญหา/อุปสรรคที่มีการเสนอมากที่สุดคือ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้พิการมีน้อยและไม่เพียงพอ ร้อยละ 69.70 ซึ่งปัญหาดังกล่าวถือ

ว่าเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ (เนตรนภา, 2546) ที่ยังไม่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าปัจจุบันระบบการจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการยังคงอยู่ที่ส่วนกลาง หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีอำนาจในการจัดซื้อเองสามารถทำได้เพียงประสานงานไปยังโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด หรือองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลเพื่อขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ซึ่งไม่ได้ให้กับผู้พิการทุกคน แต่ขึ้นอยู่กับสภาพความพิการที่เข้าตามเกณฑ์สิทธิผู้พิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 จึงส่งผลให้ยังมีผู้พิการอีกส่วนหนึ่งไม่ได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือ เนื่องจากมีสภาพความพิการไม่เข้าตามเกณฑ์ ทั้งๆ ที่สภาพความพิการของผู้พิการบางรายมีความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ อีกทั้งผลการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้ในการผลิตอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอย่างง่ายที่สามารถดัดแปลงจากวัสดุที่หาง่ายในชุมชน (ศิริวิไลซ์, 2551)

สถานการณ์ดังกล่าวอาจเหตุผลสำคัญที่ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในหน่วยบริการปฐมภูมิระบุว่า การขาดแคลนหรือการให้การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการไม่เพียงพอเป็นปัญหา/อุปสรรคต่อการดำเนินงานให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งที่ผ่านมามีหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่แก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการขอรับบริจาคอุปกรณ์จากญาติผู้พิการที่เสียชีวิตไปแล้ว นำมาใช้เป็นกองกลางที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้พิการยืมใช้แบบหมุนเวียน แต่เนื่องจากวัสดุอุปกรณ์ทุกชนิดมีอายุการใช้งานบวกกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิยังขาดความรู้ในการดูแลรักษาอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการดังที่ได้ระบุในปัญหา/อุปสรรค จึงส่งผลให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 30.30 ระบุว่า การชำรุดเก่าและใช้การไม่ได้ของวัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ก็เป็นปัญหา/อุปสรรคที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ดังนั้นจึงมีการเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการพิจารณาจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นพื้นฐานสำหรับผู้พิการไว้ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 88.89 ทั้งนี้เนื่องจากวัสดุอุปกรณ์เป็นปัจจัยสำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างราบรื่นและเกิดคุณภาพ (ทองหล่อ, 2545; บุญสม, 2542; Zonsius & Murphy, 1995) นอกจากนี้ยังมีการเสนอแนะให้มีการจัดทำคู่มือเกี่ยวกับวิธีการใช้และดูแลรักษาอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ ร้อยละ 11.11 เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการใช้วัสดุอุปกรณ์ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ด้านการบริหารจัดการ พบว่า ประเด็นปัญหา/อุปสรรคที่มีการเสนอมากที่สุดคือ นโยบายและการบริหารจัดการงานด้านผู้พิการในระดับปฐมภูมิยังไม่ชัดเจน ร้อยละ 61.36 รองลงมา

คือ ไม่มีรายละเอียดของงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 40.91 ปัญหา/อุปสรรคดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริไลซ์ (2551) และสุวิทย์และคณะ (2540) ที่พบว่า ปัจจุบันกระบวนการดำเนินงานและมาตรฐานการให้บริการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในระดับปฐมภูมิยังไม่ชัดเจน ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการกำหนดให้ใช้เกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550) แต่เนื่องจากมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ได้มีการระบุเกี่ยวกับรายละเอียดของการจัดบริการไว้ว่าจะต้องทำอย่างไรบ้าง จึงทำให้การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการไปอย่างไร้ทิศทาง มีความหลากหลาย และไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับความสามารถในการให้บริการของเจ้าหน้าที่แต่ละคน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงมีการเสนอแนะให้มีการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการงานด้านผู้พิการในระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน ร้อยละ 64.52 ทั้งการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานและแนวทางในการจัดบริการ ที่ระบุถึงรายละเอียดของกิจกรรมบริการ ความถี่ในการให้บริการ ตลอดจนขั้นตอนในการจัดบริการทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิและการดูแลที่บ้านที่ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถใช้แนวทางในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า ประเด็นปัญหา/อุปสรรคที่มีการเสนอมากที่สุดคือ ระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความล่าช้า ร้อยละ 56.76 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานำร่อง ที่พบว่า ปัจจุบันระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิยังคงมีความล่าช้าและไม่ทันต่อเหตุการณ์ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อผู้พิการทางการเคลื่อนไหวกลับมารักษาที่บ้าน ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบุว่า กว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจะรับทราบว่ามีการส่งต่อผู้พิการทางการเคลื่อนไหวกลับมาในพื้นที่แล้วต้องใช้เวลาานาน จึงทำให้การดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวรายใหม่หลังจากออกจากโรงพยาบาลเริ่มช้าไป จนบางครั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับผู้พิการแล้ว ก็ต้องส่งตัวกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลอีก สถานการณ์ดังกล่าวจึงอาจเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิมองว่า การขาดระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการที่ชัดเจนและทันเหตุการณ์ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นปัญหา/อุปสรรคต่อการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริไลซ์ (2551) ที่พบว่า ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมียังขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับ

โรงพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่รวดเร็วในการดูแลผู้พิการในชุมชน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน
ในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงมีการเสนอแนะให้มีการจัดการระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ
ผู้พิการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิให้ชัดเจนและรวดเร็ว ร้อยละ 58.33
ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดูแลติดตามผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอย่างทันทั่วถึง และสามารถป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ รวมทั้งใช้ประกอบการวางแผนตอบสนองความต้องการและ
แก้ปัญหาในระดับบุคคลให้กับผู้พิการแต่ละคนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 132 คน โดยใช้แบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความรู้ในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าเท่ากับ 0.73 ส่วนแบบสอบถามที่สอดคล้องต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ แบบสอบถามการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ และแบบสอบถามคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.83, 0.96 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สรุปปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้การวิเคราะห์สรุปเนื้อหาและจัดหมวดหมู่

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.39 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 42.42 อายุเฉลี่ย 40.21 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.03 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 81.06 และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 50.76 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 56.82 และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการเลย ร้อยละ 53.03

ด้านความรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ส่วนใหญ่ต้องดูแลรับผิดชอบผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในพื้นที่จำนวน 1-20 คน ร้อยละ 57.58 โดยต้องดูแลรับผิดชอบผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจำนวน 1-10 คน ร้อยละ 72.73 และพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ใช้เวลาในการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเฉลี่ย 1- 10 ชั่วโมง/เดือน ร้อยละ 66.67

ส่วนด้านการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ในปีงบประมาณ 2552 ที่ผ่านมา หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่มีการจัดโครงการเกี่ยวกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเลย ร้อยละ 84.09 ส่วนหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลมากที่สุด ร้อยละ 65.91

ระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มองว่าคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 65.15 รองลงมาคืออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 20.46 และเมื่อพิจารณาคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเป็นรายข้อ พบว่า กิจกรรมบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถทำให้เกิดคุณภาพได้มากที่สุดคือการจัดทำทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวให้เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือการดำเนินงานประเมินสภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่ ร้อยละ 18.94 ส่วนกิจกรรมบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถทำให้เกิดคุณภาพได้น้อยที่สุด คือ การจัดบริการคัดกรองและเฝ้าระวังให้แก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 13.64 รองลงมาคือ การให้บริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่ ร้อยละ 12.12

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .05$) ความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ที่สอดคล้อง

การปฏิบัติงานด้านผู้พิการ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ และจำนวน ชั่วโมงที่ให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพ บริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, .18, .24, .17, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนประสิทธิผลในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการ สุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของ หน่วยบริการปฐมภูมิ

ปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้และ ทักษะในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 78.09 ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ร้อยละ 64.86 วัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการมีน้อยไม่เพียงพอร้อยละ 69.70 นโยบายและการบริหารจัดการงานผู้พิการไม่ชัดเจน ร้อยละ 61.36 ระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยว กับผู้พิการมีความล่าช้า ร้อยละ 56.76 และผู้ดูแลผู้พิการขาดความรู้ในการดูแลผู้พิการ ร้อยละ 38.71

ส่วนข้อเสนอแนะในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ พัฒนาอบรมความรู้และทักษะในการ ปฏิบัติงานให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 76.40 จัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานด้าน ผู้พิการโดยตรง ร้อยละ 55.36 จัดสรรวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้พิการไว้ประจำหน่วย บริการปฐมภูมิ ร้อยละ 88.89 กำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านผู้พิการในระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน ร้อยละ 64.52 มีระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจน และรวดเร็ว ร้อยละ 58.33 และจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะแก่ผู้พิการและผู้ดูแล ร้อยละ 57.14

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ ทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ควรมีการกำหนดนโยบายการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ชัดเจน ทั้งบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงาน มาตรฐานในการจัดบริการ และรายละเอียดของกิจกรรมบริการสุขภาพทุกกิจกรรมที่จะต้องจัดบริการให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิใช้เป็นกรอบในการวางแผนและจัดบริการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และควรบรรจุให้งานด้านผู้พิการอยู่ในแผนงานหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ

2. ควรพิจารณาจัดสรรให้มีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง และกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยควรมีการเตรียมความพร้อมและชี้แจงระบบงานที่ชัดเจนให้แก่ผู้รับผิดชอบงานก่อนลงปฏิบัติงานจริง และควรจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมภายใต้ขอบเขตหน้าที่ในระดับปฐมภูมิและขอบเขตวิชาชีพ

3. ควรมีการปรับปรุงระบบการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้พิการและการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยควรมีการเพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่หลากหลายทั้งการใช้เอกสาร โทรศัพท์ หรือแจ้งผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน ทั้งนี้เพื่อให้การรับทราบข้อมูลของแต่ละหน่วยงานมีความรวดเร็ว และทันต่อเหตุการณ์ สามารถดูแลและติดตามผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างทันทั่วถึง

4. ควรพิจารณาให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเพียงพอและเหมาะสม ทั้งการพิจารณาจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวโดยตรง สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นพื้นฐานในการจัดบริการ รวมทั้งสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการและแนวทางในการจัดบริการให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาองค์ประกอบคุณภาพบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในมุมมองของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวด้วย เพื่อนำมาใช้ประกอบการพิจารณาการจัดบริการสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหา

2. ควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการ เพื่อหารูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและเกิดความต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ ทองสว่าง. (2546). *ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2535). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน เรื่อง การฝึกผู้ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *คู่มือพัฒนาระบบงานศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540-2541*. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.
- กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์. (2548). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการระบบสารสนเทศด้านส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการจัดการระบบสารสนเทศด้านสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข. (2548 ก). *ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข. (2548 ข). *ความคิดเห็นและความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีต่อคู่มือรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *รายงานประจำปีกองสาธารณสุขภูมิภาค*. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เกษม วัฒนชัย. (2545). *ระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์. รวมบทความการประชุมวิชาการ 60 ปีการศึกษาวิชาการผดุงครรภ์และการพยาบาลห้วเฉี่ยว*. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- ขนิษฐา นันทบุตร, และคณะ. (2546). *การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อพัฒนาข้อเสนอการจัดระดับบริการสุขภาพในระบบสุขภาพไทย*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544) *บทสรุปหลักการสำคัญนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- คะนองยุทธ กาญจนานุกูล. (2542). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการเงินสาธารณสุข. *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการบริหารทรัพยากรสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จกกลณี ชุตินาเทวินทร์. (2542). *การฝึกอบรมเชิงพัฒนา (Training and Development)*. กรุงเทพมหานคร: พี เอ ลีฟวิ่ง.
- จักรสันต์ เลยหยุด. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานระดับวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จิตติมา พานิชกิจ. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จิรัตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2537). คุณภาพของบริการทางการแพทย์กับแนวคิดทางการตลาด. *จุฬาลงกรณ์วารสาร*, 38, 169-178.
- จุฑามาศ ปุณฺณปุระ. (2543). *การปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชัยนาทจังหวัดชัยนาท*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จุฬาร แสงเพ็ชร. (2549). *คุณภาพการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชาญศักดิ์ ครองสิงห์. (2547). *ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการดำเนินงานรักษายาบาล ภาระงาน แนวโน้มภาระงานด้านรักษาพยาบาลและความต้องการกำลังคนของสถานีอนามัย จังหวัดหนองคาย*. วิทยาศาสตร์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ชูชัย สมितिไกร. (2542). *การฝึกอบรมบุคลากร*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทรงศักดิ์ ภูมิสายคร. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเจ้าพนักงานเทศบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พุทธศักราช 2535*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ทองหล่อ เดชไทย. (2545). *หลักการบริหารสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน.
- เทพนม เมืองแมน, และสวิง สุวรรณ. (2540). *พฤติกรรมองค์กร*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2535). *องค์กรและการบริหาร (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ธงชัย สันติวงษ์, และชัยยศ สันติวงษ์. (2541). *องค์กรและการบริหาร (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ธนาวิทย์ ทำนาเมือง. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกายของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นนุช หลอมประโคน. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นงพงา ปั่นทองพันธุ์. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการ ภาวะผู้นำ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานหัวหน้าหอผู้ป่วย กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นฤมล ท้าวอานนท์. (2547). *การประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- นิตยา บัวสาย. (2551). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เขตอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เนตรนภา ขุมทอง. (2546). *การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสำหรับผู้พิการ*. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์.

- บึงอร คนกลาง. (2546). *คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร สาธาณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บัญญัติ ศิริปรีชา. (2551). การให้สัตยาบันอนุสัญญาฉบับที่ 159 ของ ILO: อีกริบทของการคุ้มครองคนพิการในประเทศไทย. *วารสารแรงงานสัมพันธ์ฉบับพัฒนามาตรฐานแรงงาน*, 51, 27-36.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2544). *คุณภาพบริการพยาบาลในยุคแข่งขัน*. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 13, 1-7.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ยูเอเนไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญทวี นันสถิตย์. (2546). *การใช้เวลาของบุคลากรสาธาณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภออมลาลัย และกิ่งอำเภอหนองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2541). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: การพิมพ์พระนคร.
- บุญสม มิตรพระพันธ์. (2542). การบริการพยาบาลสู่คุณภาพ. *วารสารการศึกษายพยาบาล*, 10, 14-18.
- ปนัดดา บุตรดี. (2546). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการของพนักงานหน้าลานประจำสถานีบริการน้ำมันบางจาก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ประจักษ์ บัวผัน. (2545). *การพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ประจักษ์ บัวผัน. (2548). *การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดขอนแก่น*. *วารสารศูนย์วิชาการ*, 13, 3-9.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2544). *จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, และทัศนีย์ สุรกิจโกศล. (บรรณาธิการ). (2542). *เวชปฏิบัติครอบครัวบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านและใกล้ใจ: แนวคิดและประสบการณ์*. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธาณสุข กระทรวงสาธาณสุข.

- พรพรรณ จีระวงศ์ศิริ. (2547). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานกับคนพิการในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี*. สารนิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- พวงรัตน์ บุญญานุกฤษ. (2538). *การประกันคุณภาพการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วังใหม่.
- พวงแก้ว กิจธรรม. (2550). *วิวัฒนาการของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย* ค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2552, จาก <http://www.tddf.or.th>
- พิกุล โกสิยานนท์. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- พิภพ วังเงิน. (2547). *พฤติกรรมองค์กร*. กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, และคณะ. (2542). *การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสู่โรงพยาบาลคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: ชมรมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย.
- เพ็ญภักดิ์ ยาหิ. (2548). *การพัฒนาการเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 : ศึกษากรณีนิคมโนนสมบูรณ์ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- เพ็ญศรี ทับทอง. (2548). *การออกแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเป่า อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศกาวรรณ จันทร์เพิ่ม. (2548). *ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของสาธารณสุขเขต 4*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- มณูญ วงศ์นารี. (2540). *คู่มือการบริหารสำหรับผู้บังคับบัญชาหัวหน้างาน*. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (2546). *การบริหารองค์กรและทรัพยากรหน่วยที่ 11-15*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- มานิตย์ มานิตเจริญ. (2547). *พจนานุกรมไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 22). กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2542). *การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว: กรณีศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชนเมื่องนครศรีอยุธยา*. กรุงเทพมหานคร: ฟรีแมกกรุ๊ป.

- ยรรยง สมัย. (2550). ปัญหาและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- รวีวรรณ ศรีสมบูรณ์, ถนอมวงษ์วงศ์สถิตย์, และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. (2545). การประเมินผลการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 5, 739-751.
- ระวีวรรณ เตชทวีทรัพย์. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือตอนล่าง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- รำพึง เมียงชม. (2544). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เอกลักษณ์ของงาน และเจตคติต่อการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงระยะตั้งครภ์ กับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลประจำการตามทฤษฎีพยาบาลของรอย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- รำภาภรณ์ หอบติบ. (2548). สมรรถนะของผู้จัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เรวดี ศิรินคร. (2542). องค์กรแห่งคุณภาพทางการพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล, 3, 47-51.
- วรัญญา ชุมประเสริฐ. (2552). ปัจจัยทำนายผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วัชราริวิไพบูลย์. (2542). การทบทวนองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2537). ความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยต่อพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 1, 7-12.
- วิจิตร อาวะกุล. (2540). การฝึกอบรม (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา พลาอาด. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- วิไลวรรณ ปิ่นส่วน. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
บรรยากาศองค์การกับคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล
ชุมชน เขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วิสาข์ สุกผล. (2539). ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับตำบลที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์นิพนธ์ศึกษาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2551). การพัฒนาต้นแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในระดับปฐมภูมิ.
วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
นเรศวร, พิษณุโลก.
- ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, และศุภลสิทธิ์ พรรณารุ โฉมทัย. (2550). การวิเคราะห์และสังเคราะห์นโยบาย
ระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการเพื่อเป็นข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
คนพิการในระดับปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 21, 62-79.
- ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2545). กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคน
พิการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สกล คลังพลอย. (2542). การดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของสถานีอนามัยในจังหวัด
นครสวรรค์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2544). แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล. วารสารเพื่อคุณภาพ, 8, 28-31.
- สมคิด รอดอินทร์. (2542). การวิเคราะห์รูปแบบและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานระบาดวิทยา
ในระบบงานสาธารณสุขของจังหวัด ในเขต 2. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สมยศ นาวิการ. (2545). การบริหารและพฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ดวงกมล.
- สัจชาติ พลมีศักดิ์. (2546). ความถูกต้องของข้อมูลจากการทำรายงานสรุปกิจกรรมสำคัญของสถาน
บริการสุขภาพ (0110ร.5) ด้านการรักษาพยาบาลของสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร
ปีงบประมาณ 2546. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
สาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- สุกัญญา ศรีปรัชญานันต์. (2542). คู่มือปฏิบัติงานด้านเวชกรรมฟื้นฟูสำหรับแพทย์เกี่ยวกับการป้องกัน
และการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่มีความพิการ เล่มที่ 1 แนวทางปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความ
ผิดปกติหรือความพิการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สุกัญญา ปฐมระวี. (2551). *สิทธิคนพิการ*. สงขลา: โรงพยาบาตสงขลานครินทร์.
- สุพัฒน์ จำปาหวาย. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานด้านบริหารจัดการของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, และคณะ. (2542). *รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปเล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธาณสุข.
- สุพิชญา ทองแท้. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สุรศักดิ์ นานานุกูล. (2530). *เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหาร หน่วยที่1-7 สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.
- สุวรรณภา ศรีนาถ. (2548). *ความคิดเห็นของทีมบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, และคณะ. (2540). *รายงานการวิจัยระบบทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านพิการ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- สุพล บริสุทธิ์. (2552). *สิทธิคนพิการและการจัดทำบัตรประจำตัวคนพิการ. เอกสารประกอบการบรรยาย โครงการอบรมเพิ่มพูนทักษะการประเมินความพิการตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550*. ค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2553, จาก [http://www.snmrc.go.th/images/Download/disability_information/Disabled_law\(new\)/1_Describe_disability_rights_nov2352v.2003_by_supon.pdf](http://www.snmrc.go.th/images/Download/disability_information/Disabled_law(new)/1_Describe_disability_rights_nov2352v.2003_by_supon.pdf)
- สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. (2537). *พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534*. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *สถานการณ์คนพิการ เนื่องในวันคนพิการสากล (3 ธันวาคม)*. ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2552, จาก <http://www.ryt9.com/s/cabt/486174>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2544). *คู่มือการดำเนินงานประกันสุขภาพสำหรับผู้ปฏิบัติ*. นนทบุรี: สยามมาเก็ตติ้ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2549). *คู่มือบัตรทองคนพิการ*. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.

- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ. (2550). *คู่มือคนพิการ*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำเร็จ แหียงกระโทก, และรุจิรา มังคลศิริ. (2545). *ศูนย์สุขภาพชุมชน: หนทางสู่ระบบบริการ
สุขภาพที่พึงประสงค์*. นครราชสีมา: แสงโคมมาเก็ตติ้ง จำกัด.
- สำเร็จ แหียงกระโทก, และรุจิรา มังคลศิริ. (2548). *แนวทางการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนสู่คุณภาพ
มาตรฐานบริการ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นครราชสีมา: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสาธารณสุข
นครราชสีมา.
- เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. (2525). *พฤติกรรมผู้นำทางการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: ไทย
วัฒนาพานิช.
- เสาวมาศ เกื่อนนาดี. (2545) *การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- หทัยชนก มะลิซ้อน. (2545). *การศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อความสามารถใน
การปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการภายใต้โครงการหลัก
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาโรงพยาบาลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี*.
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
ขอนแก่น.
- อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, และคณะ. (2544). *เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ
(พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- อัยฎารุช จำรูญนิรันดร์. (2542). *ประเมินผลการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สถานี
อนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหาร
สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อารี วัลยะเสวี, และคณะ. (2543). *รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสอง
ทศวรรษหน้า (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- อารีญา นิตุธร. (2550). *ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกัน
คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคตะวันออกเฉียง
เหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2540). *การบริหารเพื่อเพิ่มผลผลิต*. *พยาบาลสาร*, 24, 1-3.

อุมาภรณ์ ชนนีไพโร. (2550). ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้าน
สุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
ขอนแก่น.

Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82, 402-407.

Bopp, K. D. (1990). How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounters. A
marketing perspective. *Journal of Health Care Marketing*, 10, 6-15.

Brown, S. M., et al. (1991). *Service quality: multidisciplinary and multinational perspective*.
Massachusetts: Lexington Books.

Burns, N., & Grove, S. N. (2001). Using statistics to examine relationships. *In the practice of
nursing research: Conduct, critique, & utilization* (4th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders
Company.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. *JAMA*, 260, 1743-1748.

Drucker, P. F. (1967). *The Effective Executive*. New York: Marper & Row.

Gronroos, C. (1996). *Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truths in
Service Competition*. Massachusetts: Lexington Books.

Hornby, A. S. (2001). *Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English*. Sixth edition.
Great Britain: Oxford University Press.

Irurita, V. (1999). Factors affecting the quality of nursing care: The patient's perspective.
International Journal of Nursing Practice, 5, 86-94.

Krejcie, V. R., & Morgan, W. D. (1970). Determining sample size for research activities.
Educational and Psychological Measurement, 30, 607- 610.

Larson, S. A., & Lieske, A. M. (1992). *Standards: The basis of a quality assurance program*. In
C. G. Meisenheimer (Ed.), *Improving quality: A guide to effective programs*. Gaithersburg,
Maryland: Aspen.

Lovelock, C. H. (1996). *Service Marketing*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Marriner-Tomey, A. (1992). *Guide to nursing management*. (4th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book

McCormick, E. J., & Ilgen, D. (1985). *Industrial and Organizational Psychology*. (8th ed.).
Englewood Cliff, New Jersey: Prentice-Hall.

- Newstrom, J. W., & Davis, K. (2002). *Organizational Behavior Human Behavior at Work*. (11th ed.). New York: McGraw-Hill Higher Education.
- O' Connor, S. J., & Bowers M. R. (1990). An integrative overview of the quality dimensions: Marketing implication for the consumer oriented health care organization. *Medical Care Review*, 47, 193-219.
- O' Neal, S. W. (1987). Classifying Job Characteristics of educational Administrators: An Examination of Satisfiers and Motivators. *Dissertation Abstracts International*, 47, 3269. (UMI No 0002095644).
- Robbins, S. P. (2001). *Organizing behavior*. (9th ed). Upper Saddle River: Prentice-Hall.
- Robert, N. (2002). *Human relations in organization: Applications and skill building* (5th ed.). New York: The McGraw-Hill Companies.
- Schermerhorn, J. R., et al. (2003). *Organization behavior*. New York: John Wiley.
- Starfield, B. (1992). *Primary care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford Diversity Press.
- Steers, R. M. (1977). *Organization Effectiveness: A Behavioral View*. Santa Monica: Goodyear.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L. & Lenz, E. R. (1991). *Measurement in nursing research*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Wehrich, H. D., & Koontz, H. (1993). *Management A Global Perspective*. (10th ed.). Singapore: McGraw-Hill.
- World Health Organization. (2000). *International Classification of functioning, disabilities and health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2005). *Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2007). *Disability, including prevention, management and rehabilitation*. Retrieved August 4, 2009, from <http://www.who.int/nmh/a5817/en.html>
- Zonsius, M. K., & Murphy, M. (1995). Use of total quality management sparks staff nurse participation in continuous quality improvement. *The Nursing Clinics North America*, 30, 1-12.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกท่าน (ผู้ตอบแบบสอบถาม)

ดิฉันนางสาวสุรัตน์สวัสดิ์ แซ่เต๋ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ในการนี้ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือมายังท่านเพื่อตอบแบบสอบถาม และขอให้ท่านให้ข้อมูลตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยท่านมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยขอรับรองว่าการให้ข้อมูลในแบบสอบถามครั้งนี้จะไม่มีการเผยแพร่แต่ประการใดต่อการปฏิบัติงานของท่าน เพราะข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น และถ้าหากท่านมีข้อสงสัยอันใด สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์ 085-8915917 ผู้วิจัยยินดีอย่างยิ่งที่จะให้รายละเอียด และขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุรัตน์สวัสดิ์ แซ่เต๋)

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชา
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามฉบับนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ดียิ่งขึ้น

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยจะไม่มีผลกระทบแต่ประการใดต่อการปฏิบัติงานของท่าน ดังนั้นจึงขอความร่วมมือจากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้

3. แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการ

เคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นางสาวสุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แท้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ซึ่งตรงกับลักษณะความเป็นจริงของท่านให้ครบถ้วน

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มเป็นปี)

3. สถานภาพ

1. โสด
 2. สมรส
 3. หม้าย
 4. หย่าร้าง/แยก

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ต่ำกว่าปริญญาตรี
 2. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 3. สูงกว่าปริญญาตรี

5. ตำแหน่งในการปฏิบัติงานปัจจุบัน

1. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข
 2. นักวิชาการสาธารณสุข
 3. พยาบาลวิชาชีพ
 4. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน
 5. อื่นๆ ระบุ.....

6. ระยะเวลาในการรับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....ปี

7. จำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในพื้นที่.....คน

8. จำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในพื้นที่.....คน

9. จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหวทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน.....ชั่วโมง/เดือน

สำหรับผู้วิจัย

Sex

Age

Status

Edu

Pos

Exp

Sum

No

Hour

10. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการหรือไม่
1. ไม่เคย
2. เคย.....ครั้ง
- Train
11. ในปีงบประมาณ 2552 หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการจัดทำโครงการเกี่ยวกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือไม่
1. ไม่มี
2. มี.....ครั้ง
- Pro
12. มีหน่วยงานใดบ้าง ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)
สนับสนุนด้าน.....
- Org1
2. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
สนับสนุนด้าน.....
- Org2
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
สนับสนุนด้าน.....
- Org3
4. องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล
สนับสนุนด้าน.....
- Org4
5. อื่นๆ ระบุ.....
สนับสนุนด้าน.....
- Org5

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด

ความรู้ความเข้าใจในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้อ โรคปอด โรคหัวใจ ที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ จัดเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวประเภทหนึ่ง			K1 <input type="checkbox"/>
2. การประเมินระดับความพิการของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว แบ่งเป็น 4 ระดับ			K2 <input type="checkbox"/>
3. ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ผู้ที่มีความพิการอยู่ในระดับ 3 ขึ้นไป			K3 <input type="checkbox"/>
4. ผู้พิการควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์			K4 <input type="checkbox"/>
5. การสืบเสาะของกล้ามเนื้อ คือ ผลกระทบอันดับแรกของการนอนอยู่กับที่นานๆ			K5 <input type="checkbox"/>
6. อาการข้อไหล่ติด เป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก			K6 <input type="checkbox"/>
7. การจัดทำอนตะแคงสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ถูกต้อง คือ การนอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต และให้แขนข้างที่เป็นอัมพาตเหยียดมาข้างหน้าพร้อมทั้งหงายมือ			K7 <input type="checkbox"/>
8. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ เราสามารถฝึกฝนให้เขาได้			K8 <input type="checkbox"/>
9. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนจะไม่สามารถลุกขึ้นนั่งได้ แม้จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วก็ตาม			K9 <input type="checkbox"/>
10. การใช้ไม้เท้าช่วยในการทรงตัว สามารถช่วยลดการลงน้ำหนักได้ถึงร้อยละ 50 ของน้ำหนักตัว			K10 <input type="checkbox"/>
11. การทำราวเกาะเดินให้ผู้พิการ ความสูงของราวควรอยู่ระดับเดียวกับข้อมือของผู้พิการ			K11 <input type="checkbox"/>

ความรู้ความเข้าใจในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
12. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำได้โดยการลดแรงกดทับและรักษาความสะอาดบริเวณผิวหนัง			K12 <input type="checkbox"/>
13. ผู้พิการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวตนเองได้ ควรได้รับการเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ อย่างน้อยทุกๆ 3 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ			K13 <input type="checkbox"/>
14. การทำให้ผู้ป่วยกระแอมและไอติดๆ กันหลายครั้ง เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยขับเสมหะออกมาได้			K14 <input type="checkbox"/>
15. ผู้ที่ถูกตัดแขน ขา มักมีความรู้สึกปวดที่บริเวณต่อแขน ขา เพราะคิดไปเอง			K15 <input type="checkbox"/>
16. ผู้ที่ถูกตัดแขน ขาออกไป จะต้องพันต่อแขน ขา ไว้ตลอดเวลา			K16 <input type="checkbox"/>
17. ผู้ที่รับแขนหรือขาเทียมไปแล้ว ควรได้รับการตรวจเช็คสภาพแขน ขาเทียมจากแพทย์หรือช่างกายอุปกรณ์ ทุกๆ 1-2 ปี			K17 <input type="checkbox"/>
18. ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่สูญเสียอวัยวะ มักจะพบในช่วง 3 เดือนแรกของการสูญเสีย			K18 <input type="checkbox"/>
19. ผู้พิการควรใช้ห้องส้วมเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกแตกต่างจากสมาชิกคนอื่นๆ			K19 <input type="checkbox"/>
20. การเลือกเสื้อผ้าควรเลือกให้พอดีกับตัวผู้พิการ เพื่อให้สะดวกต่อการเคลื่อนไหว			K20 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	ระดับทัศนคติ					สำหรับ ผู้วิจัย
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
1. ผู้พิการถือเป็นบุคคลที่เป็นภาระของ ครอบครัวและสังคม						A1 <input type="checkbox"/>
2. ผู้พิการเป็นบุคคลที่น่าสงสารและน่า เห็นใจ						A2 <input type="checkbox"/>
3. ผู้พิการถือเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ						A3 <input type="checkbox"/>
4. ผู้พิการเป็นบุคคลที่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมในชุมชนได้						A4 <input type="checkbox"/>
5. ผู้พิการคือบุคคลที่มีศักยภาพด้อยกว่าคน ปกติทั่วไป						A5 <input type="checkbox"/>
6. คนในชุมชนน่าจะมีส่วนร่วมในการช่วย เหลือและดูแลผู้พิการ						A6 <input type="checkbox"/>
7. ผู้ดูแลผู้พิการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ ผู้พิการ						A7 <input type="checkbox"/>
8. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ปฐมภูมิไม่สามารถให้การดูแลและฟื้นฟู สมรรถภาพแก่ผู้พิการได้ เพราะไม่มีความ เชี่ยวชาญโดยตรง						A8 <input type="checkbox"/>
9. โรงพยาบาลควรจัดเจ้าหน้าที่ที่มีความ เชี่ยวชาญลงชุมชนเพื่อดูแลผู้พิการร่วมกับ เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ						A9 <input type="checkbox"/>
10. ผู้พิการควรได้รับการส่งเสริมให้สามารถ ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้						A10 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นหรือสถานการณ์ที่ท่านกำลังประสบอยู่ในปัจจุบันมากที่สุด

การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
ด้านบุคลากร						
1. จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิเพียงพอกับปริมาณงานด้านผู้พิการ						S1 <input type="checkbox"/>
2. ท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอเหมาะสมในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ						S2 <input type="checkbox"/>
3. ท่านได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนลงปฏิบัติงานด้านผู้พิการ						S3 <input type="checkbox"/>
4. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการ						S4 <input type="checkbox"/>
5. ท่านได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการ เช่น การอบรม						S5 <input type="checkbox"/>
6. ท่านได้รับการพัฒนาทักษะด้านการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการ เช่น การศึกษาระบบงานการสาธิตวิธีการให้บริการ						S6 <input type="checkbox"/>
7. อสม. ในเขตพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ						S7 <input type="checkbox"/>
8. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้พิการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องลงให้บริการผู้พิการในพื้นที่						S8 <input type="checkbox"/>

การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
ด้านงบประมาณ						
9. การจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานด้านผู้พิการมีความเพียงพอกับการปฏิบัติงาน						S9 <input type="checkbox"/>
10. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการวางแผนใช้จ่ายงบประมาณสอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานด้านผู้พิการ						S10 <input type="checkbox"/>
11. การใช้จ่ายงบประมาณที่เกี่ยวข้องผู้พิการเป็นไปตามกิจกรรมที่กำหนดในแผนงานทุกกิจกรรม						S11 <input type="checkbox"/>
12. การเบิกจ่ายงบประมาณสำหรับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านทำได้รวดเร็ว และทันเวลา						S12 <input type="checkbox"/>
13. การปฏิบัติงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากหน่วยงาน/แหล่งอื่นๆ เช่น อบต./เทศบาล , พม.จ. และ สปสช.						S13 <input type="checkbox"/>
ด้านวัสดุอุปกรณ์ และครุภัณฑ์						
14. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ อย่างเพียงพอ						S14 <input type="checkbox"/>
15. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนยานพาหนะเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเพียงพอ						S15 <input type="checkbox"/>
16. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการวางแผนจัดหาวัสดุ อุปกรณ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเป็นระบบและทันเวลา						S16 <input type="checkbox"/>

การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
17. ท่านได้รับการอบรมความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ						S17 <input type="checkbox"/>
18. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านนำทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาประยุกต์เป็นวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ						S18 <input type="checkbox"/>
19. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีคุณภาพ และได้รับการบำรุงรักษาอยู่เสมอ						S19 <input type="checkbox"/>
ด้านบริหารจัดการ						
20. นโยบายการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในระดับปฐมภูมิมีความชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริง						S20 <input type="checkbox"/>
21. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และแผนดำเนินงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน						S21 <input type="checkbox"/>
22. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการกำหนดวิธีการ ขั้นตอนและผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน						S22 <input type="checkbox"/>
23. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน						S23 <input type="checkbox"/>
24. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการกำหนดแนวทางในการควบคุมกำกับงานอย่างชัดเจน และสามารถใช้ควบคุมกำกับงานได้						S24 <input type="checkbox"/>
25. การติดต่อประสานงานด้านผู้พิการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านและหน่วยงานภายนอกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ						S25 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมากที่สุด

- 4 หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการดำเนินงานตามกิจกรรมนั้นร้อยละ 80-100
- 3 หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการดำเนินงานตามกิจกรรมนั้นร้อยละ 70-79
- 2 หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการดำเนินงานตามกิจกรรมนั้นร้อยละ 60-69
- 1 หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการดำเนินงานตามกิจกรรมนั้นร้อยละ 50-59
- 0 หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการดำเนินงานตามกิจกรรมนั้นน้อยกว่าร้อยละ 50

กิจกรรมบริการ	ระดับคุณภาพ					สำหรับ ผู้วิจัย
	4	3	2	1	0	
1. มีการจัดบริการคัดกรองและเฝ้าระวังให้แก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว						Q1 <input type="checkbox"/>
2. มีการจัดทำทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่เป็นปัจจุบัน						Q2 <input type="checkbox"/>
3. มีการดำเนินงานประเมินสภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่						Q3 <input type="checkbox"/>
4. มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่						Q4 <input type="checkbox"/>
5. มีการจัดบริการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่						Q5 <input type="checkbox"/>
6. มีการสนับสนุนเครือข่ายกลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่						Q6 <input type="checkbox"/>
7. มีการให้บริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่						Q7 <input type="checkbox"/>
8. มีการจัดระบบการส่งต่อผู้พิการที่รวดเร็วและทันเวลา						Q8 <input type="checkbox"/>
9. มีการประสานงานและร่วมดำเนินงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สปสช. อบต. เครือข่ายองค์กรผู้พิการ และ พม.จ. สงขลา ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่						Q9 <input type="checkbox"/>

กิจกรรมบริการ	ระดับคุณภาพ					สำหรับ ผู้วิจัย
	4	3	2	1	0	
10. มีการประสานงานและร่วมดำเนินงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น อบต. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา เครือข่ายองค์กรผู้พิการ และ พม.จ. ในการให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคมแก่ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่						Q10 <input type="checkbox"/>
11. มีการให้บริการเยี่ยมบ้านแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่						Q11 <input type="checkbox"/>
12. มีการให้บริการเยี่ยมบ้านครบถ้วนตามมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนหรือแนวทางปฏิบัติที่มีการพัฒนาร่วมกัน						Q12 <input type="checkbox"/>
13. มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหวลงใน Family Folder หรือบันทึกอื่น ๆ ครบถ้วน						Q13 <input type="checkbox"/>
14. มีการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่						Q14 <input type="checkbox"/>
15. มีระบบการดูแลและติดตามผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง						Q15 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นของท่านในสิ่งที่ท่านเห็นว่าเป็นปัญหา/อุปสรรคในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข

1. ปัญหา/อุปสรรคด้านบุคลากร

1. ไม่มี

2. มี (โปรดระบุ).....

ข้อเสนอแนะ.....

2. ปัญหา/อุปสรรคด้านงบประมาณ

1. ไม่มี

2. มี (โปรดระบุ).....

ข้อเสนอแนะ.....

3. ปัญหา/อุปสรรคด้านวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์

1. ไม่มี

2. มี (โปรดระบุ).....

ข้อเสนอแนะ.....

4. ปัญหา/อุปสรรคด้านนโยบายและการบริหารจัดการ

1. ไม่มี

2. มี (โปรดระบุ).....

ข้อเสนอแนะ.....

5. ปัญหา/อุปสรรคด้านข้อมูลข่าวสาร

1. ไม่มี

2. มี (โปรดระบุ).....

ข้อเสนอแนะ.....

6. ปัญหา/อุปสรรคด้านอื่นๆ ในการปฏิบัติงาน

1. ไม่มี

2. มี (โปรดระบุ).....

ข้อเสนอแนะ.....

ภาคผนวก ก

เฉลยแบบวัดความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

- | | | | |
|--------|--------|--------|--------|
| ข้อ 1 | ตอบถูก | ข้อ 11 | ตอบถูก |
| ข้อ 2 | ตอบผิด | ข้อ 12 | ตอบถูก |
| ข้อ 3 | ตอบผิด | ข้อ 13 | ตอบผิด |
| ข้อ 4 | ตอบถูก | ข้อ 14 | ตอบถูก |
| ข้อ 5 | ตอบผิด | ข้อ 15 | ตอบถูก |
| ข้อ 6 | ตอบถูก | ข้อ 16 | ตอบถูก |
| ข้อ 7 | ตอบถูก | ข้อ 17 | ตอบผิด |
| ข้อ 8 | ตอบถูก | ข้อ 18 | ตอบผิด |
| ข้อ 9 | ตอบผิด | ข้อ 19 | ตอบถูก |
| ข้อ 10 | ตอบผิด | ข้อ 20 | ตอบผิด |

ภาคผนวก ง
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 12

จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N = 132)

ระดับความรู้ในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	0	0.00
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	19	14.39
ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	113	85.61

ตาราง 13

จำนวน และร้อยละของคะแนนความรู้ในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกรายข้อ (N = 132)

ความรู้ในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	จำนวนที่ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้อ โรคปอด โรคหัวใจ ที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ จัดเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวประเภทหนึ่ง	43	32.58
2. การประเมินระดับความพิการของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว แบ่งออกเป็น 4 ระดับ	56	42.42
3. ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ผู้ที่มีความพิการอยู่ในระดับ 3 ขึ้นไป	56	42.42
4. ผู้พิการควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	120	90.91
5. การลิบเล็กลงของกล้ามเนื้อ คือ ผลกระทบอันดับแรกของการนอนอยู่กับที่นานๆ ของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	22	16.67
6. อาการข้อไหล่ติด เป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก	107	81.06

ตาราง 13 (ต่อ)

ความรู้ในการให้บริการผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	จำนวนที่ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
7. การจัดทำอนตะแคงสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ถูกต้อง คือ การนอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต และให้แขนข้างที่เป็นอัมพาตเหยียดมาข้างหน้าพร้อมทั้งหงายมือ	50	37.88
8. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ เราสามารถฝึกฝนให้เขาได้	73	55.30
9. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนจะไม่สามารถลุกขึ้นนั่งได้ แม้จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วก็ตาม	105	79.54
10. การใช้ไม้เท้าช่วยในการทรงตัว สามารถช่วยลดการลงน้ำหนักได้ถึงร้อยละ 50 ของน้ำหนักตัว	14	10.61
11. การทำราวเกาะเดินให้แก่ผู้พิการ ความสูงของราวควรอยู่ระดับเดียวกับข้อมือของผู้พิการ	106	80.30
12. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำได้โดยการลดแรงกดทับและรักษาความสะอาดบริเวณผิวหนัง	127	96.21
13. ผู้พิการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวตนเองได้ ควรได้รับการเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ อย่างน้อยทุกๆ 3 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	47	35.61
14. การทำให้ผู้ป่วยกระแอมและไอติดๆ กันหลายครั้ง เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยขับเสมหะออกได้	99	75.00
15. ผู้ที่ถูกตัดแขน ขา มักมีความรู้สึกปวดที่บริเวณต่อแขน ขา เพราะคิดไปเอง	77	58.33
16. ผู้ที่ถูกตัดแขน ขาออกไป จะต้องพันต่อแขน ขา ไว้ตลอดเวลา	38	28.8
17. ผู้ที่รับแขนหรือขาเทียมไปแล้ว ควรได้รับการตรวจเช็คสภาพแขน ขาเทียมจากแพทย์หรือช่างกายอุปกรณ์ ทุกๆ 1-2 ปี	5	3.79
18. ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่สูญเสียอวัยวะ มักจะพบในช่วง 3 เดือนแรกของการสูญเสีย	22	16.67
19. ผู้พิการควรใช้ห้องส้วมเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกแตกต่างจากสมาชิกคนอื่นๆ	29	21.97
20. การเลือกเสื้อผ้าควรเลือกให้พอดีกับตัวผู้พิการ เพื่อให้สะดวกต่อการเคลื่อนไหว	30	22.73

ตาราง 14

จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N = 132)

ระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	จำนวน	ร้อยละ
มีระดับทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ (38-50 คะแนน)	105	79.54
มีระดับทัศนคติปานกลางต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ (24-37 คะแนน)	27	20.46
มีระดับทัศนคติที่ไม่ดีต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ (10-23 คะแนน)	0	0.0

ตาราง 15

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกรายข้อ (N = 132)

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	\bar{X}	SD	การแปลผลระดับทัศนคติ
1. ผู้พิการถือเป็นบุคคลที่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม	3.55	1.17	ปานกลาง
2. ผู้พิการเป็นบุคคลที่น่าสงสารและน่าเห็นใจ	4.15	0.85	ดี
3. ผู้พิการถือเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ	4.02	0.84	ดี
4. ผู้พิการเป็นบุคคลที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้	4.30	0.63	ดี
5. ผู้พิการคือบุคคลที่มีศักยภาพด้อยกว่าคนปกติทั่วไป	3.34	1.03	ปานกลาง
6. คนในชุมชนน่าจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้พิการ	4.52	0.67	ดี
7. ผู้ดูแลผู้พิการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้พิการ	4.49	0.67	ดี
8. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้พิการได้ เพราะไม่มีความเชี่ยวชาญโดยตรง	3.54	1.00	ปานกลาง
9. โรงพยาบาลควรจัดเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญลงชุมชนเพื่อดูแลผู้พิการร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	4.30	0.71	ดี
10. ผู้พิการควรได้รับการส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้	4.43	0.56	ดี

ตาราง 16

จำนวนและร้อยละของระดับการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N = 132)

การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ	ระดับการสนับสนุน		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ด้านบุคลากร	74(56.06)	53(40.15)	5(3.79)
ด้านงบประมาณ	74(56.06)	52(39.39)	6(4.55)
ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์	87(65.91)	39(29.54)	6(4.55)
ด้านการบริหารจัดการ	73(53.30)	38(28.79)	21(15.91)
โดยรวม	77(58.33)	51(38.64)	4(3.03)

ตาราง 17

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกเป็นรายชื่อ (N = 132)

การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ	\bar{X}	SD	การแปลผล
<u>ด้านบุคลากร</u>			
1. จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิเพียงพอกับปริมาณงานด้านผู้พิการ	2.36	0.97	ปานกลาง
2. ท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอเหมาะสมในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	2.67	0.75	ต่ำ
3. ท่านได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนลงปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	2.48	0.91	ปานกลาง
4. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการ	2.48	0.89	ปานกลาง
5. ท่านได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการ	2.34	0.85	ปานกลาง
<u>เช่น การอบรม</u>			
6. ท่านได้รับการพัฒนาทักษะด้านการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการ เช่น การศึกษาระบบงาน การสาธิตวิธีการให้บริการ	2.13	0.83	ต่ำ

ตาราง 17 (ต่อ)

การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ	\bar{X}	SD	การแปลผล
7. อสม. ในเขตพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ	2.02	0.87	ต่ำ
8. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้พิการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องลงให้บริการในพื้นที่	1.86	0.87	ต่ำ
<u>ด้านงบประมาณ</u>			
9. การจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานด้านผู้พิการมีความเพียงพอกับการปฏิบัติงาน	1.92	0.83	ต่ำ
10. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการวางแผนงบประมาณสอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	2.35	0.86	ปานกลาง
11. การใช้จ่ายงบประมาณที่เกี่ยวข้องผู้พิการเป็นไปตามกิจกรรมที่กำหนดในแผนงานทุกกิจกรรม	2.38	0.93	ปานกลาง
12. การเบิกจ่ายงบประมาณสำหรับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการของหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านทำได้รวดเร็ว และทันเวลา	2.21	0.94	ต่ำ
13. การปฏิบัติงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากหน่วยงาน/แหล่งอื่นๆ เช่น อบต./เทศบาล, พม.จ. และ สปสช. เป็นต้น	2.28	0.99	ต่ำ
<u>ด้านวัสดุ อุปกรณ์</u>			
14. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ อย่างเพียงพอ	2.09	0.95	ต่ำ
15. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนยานพาหนะเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเพียงพอ	1.89	0.93	ต่ำ
16. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการวางแผนจัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเป็นระบบและทันเวลา	2.11	0.87	ต่ำ
17. ท่านได้รับการอบรมความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	1.91	0.80	ต่ำ

ตาราง 17 (ต่อ)

การสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการ	\bar{X}	SD	การแปลผล
18. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการนำทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาประยุกต์เป็นวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	2.17	0.83	ต่ำ
19. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีคุณภาพ และได้รับการบำรุงรักษาอยู่เสมอ	2.09	0.92	ต่ำ
20. นโยบายการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในระดับปฐมภูมิมีความชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริง	2.01	0.87	ต่ำ
21. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการกำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ และแผนการปฏิบัติงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน	2.32	0.84	ต่ำ
22. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการกำหนดวิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน	2.28	0.87	ต่ำ
23. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการและบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน	2.83	0.88	ปานกลาง
24. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการกำหนดแนวทางในการควบคุมกำกับงานอย่างชัดเจนและสามารถใช้ควบคุมกำกับงานได้	2.73	0.83	ปานกลาง
25. การติดต่อประสานงานด้านผู้พิการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านกับหน่วยงานภายนอกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	2.31	0.86	ต่ำ

ตาราง 18

จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปและระดับคุณภาพสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N=132)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ระดับคุณภาพบริการสุขภาพ			
		ปรับปรุง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ					
ชาย	14	10(71.43)	4(28.57)	0(0.00)	0(0.00)
หญิง	118	76(64.41)	23(19.49)	15(12.71)	4(3.39)
อายุ (ปี)					
20 – 29	10	4(40.00)	3(30.00)	3(30.00)	0(0.00)
30 – 39	56	39(69.64)	12(21.43)	3(5.36)	2(3.57)
40 – 49	50	34(68.00)	8(16.00)	7(14.00)	1(2.00)
50 – 59	16	9(56.25)	4(25.00)	2(12.50)	1(6.25)
สถานภาพ					
โสด	16	9(56.25)	4(25.00)	2(12.50)	1(6.25)
สมรส	103	66(64.08)	22(21.36)	12(11.65)	3(2.91)
หม้าย	4	3(75.00)	0(0.00)	1(25.00)	0(0.00)
หย่าร้าง/แยก	9	8(88.89)	1(11.11)	0(0.00)	0(0.00)
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	22	13(59.09)	5(22.73)	3(13.64)	1(4.54)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	107	70(65.42)	22(20.56)	12(11.21)	3(2.80)
สูงกว่าปริญญาตรี	3	3(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน					
จนท.บริหารงานสาธารณสุข	24	14(58.33)	7(29.17)	3(12.50)	0(0.00)
นักวิชาการสาธารณสุข	20	14(70.00)	4(20.00)	2(10.00)	0(0.00)
พยาบาลวิชาชีพ	67	46(68.66)	10(14.92)	7(10.45)	4(5.97)
จพง.สาธารณสุขชุมชน	18	10(55.55)	5(27.78)	3(16.67)	0(0.00)
พยาบาลเทคนิค	3	2(66.67)	1(33.33)	0(0.00)	0(0.00)

ตาราง 18 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ระดับคุณภาพบริการสุขภาพ			
		ปรับปรุง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน					
ด้านผู้พิการ (ปี)					
น้อยกว่า 5	75	49(65.33)	13(17.33)	12(16.00)	1(1.33)
5 - 10	36	27(75.00)	6(16.67)	0(0.00)	3(8.33)
11 - 15	14	7(50.00)	5(35.71)	2(14.29)	0(0.00)
มากกว่า 15	7	3(42.86)	3(42.86)	1(14.28)	0(0.0)
การฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน					
ด้านผู้พิการ					
ไม่เคย	70	52(74.29)	12(17.14)	6(8.57)	0(0.00)
เคย	62	34(54.84)	15(24.19)	9(14.52)	4(6.45)
จำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่					
ได้รับการขึ้นทะเบียนในพื้นที่ (คน)					
1 - 20	76	50(65.79)	14(18.42)	9(11.84)	3(3.95)
21 - 40	40	26(65.00)	8(20.00)	5(12.50)	1(2.50)
41 - 60	9	5(55.56)	3(33.33)	1(11.11)	0(0.00)
มากกว่า 60	7	5(71.43)	2(28.57)	0(0.00)	0(0.00)
จำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่					
ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และ					
ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (คน)					
0	18	12(66.67)	3(16.67)	2(11.11)	1(5.56)
1 - 10	96	61(63.54)	20(20.83)	12(12.50)	3(3.13)
11 - 20	13	9(69.23)	3(23.08)	1(7.69)	0(0.00)
มากกว่า 20	5	4(80.00)	1(20.00)	0(0.00)	0(0.00)

ตาราง 18 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ระดับคุณภาพบริการสุขภาพ			
		ปรับปรุง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ให้บริการ					
สุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (ชั่วโมง/เดือน)					
0	1	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
1 - 10	88	58(65.91)	18(20.45)	10(11.36)	2(2.27)
11 - 20	35	23(65.71)	8(22.86)	3(8.57)	1(2.86)
21 - 30	2	1(50.00)	0(0.00)	1(50.00)	0(0.00)
มากกว่า 30	6	3(50.00)	1(16.67)	1(16.67)	1(16.67)
การจัดทำโครงการเกี่ยวกับผู้พิการ					
ทางการเคลื่อนไหวในปีงบประมาณ 2552					
ไม่มีการจัดทำโครงการ	111	81(72.97)	21(18.92)	9(8.11)	0(0.00)
มีการจัดทำโครงการ	21	5(23.81)	6(28.57)	6(28.57)	4(19.05)

ตาราง 19

จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวและระดับคุณภาพสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N=132)

ระดับความรู้ในการให้บริการ สุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	จำนวน	ระดับคุณภาพบริการสุขภาพ			
		ปรับปรุง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สูง	0	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
ปานกลาง	19	7(36.84)	2(10.53)	6(31.58)	4(21.05)
ต่ำ	113	79(69.91)	25(22.12)	9(7.94)	0(0.00)

ตาราง 20

จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการและระดับคุณภาพสุขภาพสำหรับ
ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N=132)

ระดับความรู้ในการให้บริการ สุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	จำนวน	ระดับคุณภาพบริการสุขภาพ			
		ปรับปรุง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ดี	105	65(61.91)	24(22.86)	14(13.33)	2(1.90)
ปานกลาง	27	21(77.78)	3(11.11)	1(3.70)	2(7.41)
ไม่ดี	0	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)

ตาราง 21

จำนวนและร้อยละของระดับการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้พิการและระดับคุณภาพสุขภาพ
สำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ (N=132)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ระดับคุณภาพบริการสุขภาพ			
		ปรับปรุง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สูง	4	0(0.00)	0(0.00)	2(50.00)	2(50.00)
ปานกลาง	51	27(52.94)	15(29.41)	7(13.72)	2(3.92)
ต่ำ	77	59(76.62)	12(15.58)	6(7.79)	0(0.00)

ตาราง 22

การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1 ความรู้	1.00						
2 ทักษะคิด	.15	1.00					
3 ประสิทธิภาพ	.11	-.05	1.00				
4 การฝึกอบรม	.11	.07	.11	1.00			
5 จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงาน	.02	.12	.07	.13	1.00		
6 การสนับสนุนการดำเนินงาน	.16	.04	.20*	.25*	.11	1.00	
7 คุณภาพบริการสุขภาพ	.24*	.18*	.11	.24*	.17*	.47*	1.00

*P<0.05

ตาราง 23

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ปัจจัย	B	Beta	R ²	Adjusted R ²	F	P
การสนับสนุนการดำเนินงาน	.31	.41	.29	.26	8.57	.00

Constant = 8.33, SE_b = 9.83

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ทันตแพทย์ ดร. วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์
รองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรนภา กุ่มพันธ์วิ
หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณมณีวรรณ เจริญ
หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์สาธารณสุข โรงพยาบาลวารินชำราบ อำเภวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี
4. คุณปิยพัชร นวลตั้ง
หัวหน้าสถานีอนามัยป่าชิง อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา
5. คุณกิตติพงษ์ กาญจนูปถัมภ์
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สถานีอนามัยบ้านหาดไคร้เต่า อำเภอบางแก้ว
จังหวัดพัทลุง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล

นางสาวสุรัตน์สวี แซ่เต๋

รหัสประจำตัวนักศึกษา

5110420056

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

วิทยาศาสตร์บัณฑิต

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

2551

(สาธารณสุขชุมชน)