

## การส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ

ชนกานต์ แสงคำกุล, พย.ม.\*  
พนิดา จันทโสภีพันธ์, พย.ด.\*\*  
เดชา ทำดี, พร.ด.\*\*

### บทคัดย่อ

คนพิการเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานเท่าเทียมกับประชาชนทั่วไปอย่างไรก็ตามข้อจำกัดหลายอย่างที่ทำให้คนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเช่นคนปกติทั่วไป ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของทุกคนในสังคมที่ต้องช่วยกันในการพัฒนาแนวทางที่จะส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ ทั้งนี้แนวทางที่ควรดำเนินการ ได้แก่ การปรับทัศนคติของคนพิการต่อสถานบริการสุขภาพ การสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อช่วยเหลือคนพิการ การช่วยเหลือให้คนพิการมีรายได้ การช่วยเหลือในการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพ และรวมทั้งการพิจารณาบริการเชิงรุกให้คนพิการสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้สะดวกมากขึ้น

**คำสำคัญ:** คนพิการ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

---

\* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช E-mail : chao\_chanakan@hotmail.com

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## The Accessibility to Primary Health Care Services of Persons with Disabilities

Chanakan Sangkhamkul, M.N.S.\*

Phanida Juntasopeepun, Ph.D.\*\*

Decha Tamdee, Ph.D.\*\*

### Abstract

A group of disabled person should have basic right that is equal to the healthy population. However, due to some limitations, these people cannot access health care services like other people. Therefore, it is the responsibility of everyone in a society to work together in developing guidelines to promote the accessibility to health care services for these people. The guidelines that should be made are changing the disabled person's attitudes towards health care services, creating a social network to help disabled person, increasing incomes of disabled person, travel assistance to health care services and developing a proactive health care service.

**Keywords:** Persons with disabilities, Accessibility to health care services

### บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีประชากรโลกมากกว่าพันล้านคนที่มีความพิการซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรโลก โดยร้อยละ 80 ของคนพิการอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีประชากรคนพิการร้อยละ 16 (World Health Organization & The World Bank, 2011) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 พบว่ามีประชากรที่พิการจำนวน 1.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของประชากรทั่วประเทศ โดยคนพิการส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 16.4 เมื่อเปรียบเทียบกับระดับภาค พบว่า ภาคเหนือมีประชากรคนพิการสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 2.9 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 2.8 และนอกเขตเทศบาลมีคนพิการมากกว่าในเขตเทศบาล คือ ร้อยละ 2.5 และร้อยละ 1.5 ตามลำดับ (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2555)

ปัญหาและผลกระทบของความพิการสามารถจำแนกได้ 2 ด้าน คือด้านคนพิการและด้านครอบครัว และสังคม ดังนี้ 1) ด้านคนพิการสามารถ จำแนกเป็น (1) ทางด้านร่างกายเกิดความบกพร่องในการทำกิจกรรมประจำวัน มีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ นอกจากนี้คนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ เช่น เกิดข้อติด แผลกดทับ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพสูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 10 เท่า (รัชนิ์ สรรเสริญ และคณะ, 2555) (2) ทางด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวล หงุดหงิด เครียดท้อแท้ และซึมเศร้า (3) ทางด้านสังคม สูญเสียความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเดิมของตนเองและไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ (4) ทางด้านจิตวิญญาณ เกิดความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ไร้ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และไม่มีเป้าหมายในชีวิต (ลัดดา คำริการเลิศ, 2553) 2) ด้านครอบครัวและสังคม เป็นการเพิ่มภาระให้กับครอบครัวในการ

\* Registered Nurse Practitioner Level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj

\*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ดูแลและช่วยเหลือให้การรักษาพยาบาล ครอบครัวมีภาระรายจ่ายเพิ่มขึ้น ในส่วนของสังคมมักมองว่าคนพิการเป็นภาระที่สังคมต้องเลี้ยงดูอย่างสูญเปล่า จึงทำให้คนพิการไม่ได้รับการเอาใจใส่มากนัก ถูกมองข้ามในเรื่องของสิทธิหน้าที่และระบบสาธารณสุขไปหมด นอกจากนี้ในระดับประเทศเกิดการสูญเสียแรงงานในการพัฒนาประเทศ (มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย, 2550)

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) เป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาสุขภาพ ความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพของประชาชน โดยทำให้สุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนดีขึ้น โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในสังคม (สุพัตรา ศรีวิมลชชากร, 2552) อดิเรกและแอนเดอร์เซน ได้อธิบายว่าบุคคลจะไปใช้บริการสุขภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ด้าน คือ (1) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ นโยบายสุขภาพ การมีบุคลากรทางด้าน การแพทย์ การเมืองการปกครอง และบรรทัดฐานของสังคม (2) ปัจจัยด้านลักษณะของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ เชื้อชาติ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ทักษะคิด ค่านิยม เครือข่ายทางสังคม การมีประกันสุขภาพ ความห่างระหว่างบ้านกับสถานบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการรอรับบริการแต่ละครั้ง และการรับรู้การเจ็บป่วย (Andersen, 1995)

คนพิการมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพสูงกว่าคนทั่วไป เนื่องจากมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพและความพิการยังทำให้เกิดข้อจำกัดในการใช้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (World Health Organization [WHO], 2005) โดยคนพิการไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น (พิลือ เขียวแก้ว, 2552) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้คนพิการไปใช้บริการสุขภาพเพียงปานกลางนั้นเนื่องมาจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการใช้บริการสุขภาพและญาติไม่ว่างพาไปโรงพยาบาล นอกจากนี้คนพิการบางส่วนเป็นผู้มีรายได้น้อย ซึ่งการไปใช้บริการสุขภาพต้องจ้ำกรจกไปส่งร่วมกับเป็นผู้มีรายได้น้อยอยู่แล้ว ทำให้การไปใช้บริการสุขภาพในแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายสูง (ชฎาพร เยาว์เจริญสุข, 2550) นอกจากนี้คนพิการบางกลุ่มขาดความรู้เรื่องสิทธิ และไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิในระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพที่มีอยู่ จึงลังเลที่จะใช้สิทธิของตนเพราะเกรงว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำกว่าคนอื่น

คนพิการเป็นส่วนหนึ่งของประชาชนในสังคมที่เป็นกำลังที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ จึงควรได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานเท่าเทียมกับประชาชนทั่วไป จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานภาครัฐต้องมีการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มบุคคลเหล่านี้เพื่อให้เขาสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก รวดเร็วและครอบคลุมความต้องการ

### **พัฒนาการของการจัดบริการสุขภาพสำหรับคนพิการในประเทศไทย**

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแก่คนพิการและทุพพลภาพมาตั้งแต่ปี 2514 โดยระหว่างปีพ.ศ. 2514-2524 นับเป็นทศวรรษแห่งการรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และเริ่มมีการจัดตั้งหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูขึ้นในโรงพยาบาลระดับจังหวัดในปี พ.ศ. 2523 ต่อมาองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้ ปีพ.ศ. 2524 เป็นปีคนพิการสากล ประเทศไทยจึงได้จัดทำแผนสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการระยะยาวเป็นครั้งแรกในปีพ.ศ. 2525-2534 (ระยะ 10 ปี) ต่อมาองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ พ.ศ.2526-2535 เป็นทศวรรษของคนพิการขึ้น ดังนั้นในปี พ.ศ. 2534 ประเทศไทยจึงได้จัดตั้งสมาคมคนพิการแห่งประเทศไทยขึ้น และมีการออกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขึ้นในปีเดียวกัน นอกจากนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้ให้การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของคนพิการ และรัฐบาลได้กำหนดนโยบายพัฒนาคนพิการเป็นรูปธรรม ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ส่งผลให้มีแผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน ได้แก่ คนพิการ กระทรวงมหาดไทย

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ และด้านสังคม ส่งผลให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการตลอดมา (มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย, 2550) ในปัจจุบันนี้ยังใช้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559 เนื่องจากร่างฉบับที่ 5 ยังไม่ผ่านการรับรอง ซึ่งฉบับที่ 4 เน้นการบูรณาการการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของทุกภาคส่วน เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีวิสัยทัศน์ คือ คนพิการดำรงชีวิตอิสระกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข สามารถเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน โดยมีเป้าประสงค์ให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากระบบบริการด้านสุขภาพ การศึกษา อาชีพ กีฬา และการท่องเที่ยว รวมถึงสร้างระบบการป้องกันภัยพิบัติทางธรรมชาติและการศึกษาวิจัยด้านคนพิการได้ถูกนำไปพัฒนานโยบายด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งมีแนวทางและมาตรการ คือ เสริมพลังคนพิการให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างสอดคล้องและเพียงพอกับความจำเป็นของแต่ละบุคคล รวมทั้งการเฝ้าระวังและป้องกันความพิการ การได้รับสิทธิประโยชน์จากบริการหลักประกันสุขภาพ กองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2560) สำหรับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 ให้ความสำคัญกับคนพิการโดยกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม โดยกำหนดแนวทางการพัฒนาในการเพิ่มการจัดสวัสดิการสังคม อาทิ เพิ่มเบี้ยคนพิการให้เพียงพอที่จะพอดำรงชีพได้ รวมทั้งการกระจายให้บริการภาครัฐทั้งด้านการศึกษา สาธารณสุข และสวัสดิการที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12, 2560-2564) ซึ่งคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ หรือ กพช. ได้มีแผนงานรองรับคือร่างแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งยังไม่ผ่านการรับรอง

### รูปแบบการดำเนินงานและบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับคนพิการ

การจัดบริการสุขภาพของไทยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ โดยเชื่อมต่อการบริการของแต่ละระดับด้วยระบบส่งต่อ (referral system) มีเป้าหมายเพื่อยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนให้อยู่บนฐานของสุขภาพที่ดี แก้ไขปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอนามัย นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีคือภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550) สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะให้บริการบนความสัมพันธ์กับผู้รับบริการแบบญาติมิตร ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องและหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) วัด โรงเรียน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสถานประกอบการ ในการดูแลและให้ความช่วยเหลือบุคคลครอบครัว และชุมชน ตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างเบ็ดเสร็จต่อเนื่อง เป็นองค์รวมโดยให้การบริการสุขภาพกับคนพิการด้วยการใช้บ้านเป็น home ward เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของคนพิการให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552; สุรเกียรติ อาชาานุภาพ, 2554) ดังต่อไปนี้

- 1) ตรวจสอบคัดกรองคนพิการตามกฎหมาย โดยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน และการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจ
- 2) ค้นหาคนพิการที่ยากไร้ ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแลหรือครอบครัวมีความยากลำบากในการดูแลให้ครบทุกหมู่บ้าน โดยร่วมกับชุมชนในการจัดการให้ความช่วยเหลือจนสามารถดำรงชีวิตอิสระได้
- 3) ตรวจสอบประเมินและให้การดูแล (หรือส่งต่อ) การประสานส่งต่อเพื่อรับสวัสดิการอื่นๆ เช่น การส่งเสริมอาชีพ

- 4) ส่งต่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้บรรลุเป้าหมาย
- 5) การรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสม
- 6) ประสานกับพัฒนาสังคมจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปรับสภาพแวดล้อมบ้านหรือบริเวณที่อยู่อาศัย
- 7) บริการตรวจรับรองความพิการเพื่อการจดทะเบียนคนพิการและรับสวัสดิการตามสิทธิ
- 8) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยง เพื่อให้การรักษา ป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพ และฟื้นฟู เช่น การเกิดข้อติดแข็ง แผลกดทับ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การรับยาต่อเนื่อง (เช่น คนพิการทางจิตหรือโรคลมชัก)
- 9) การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (community based rehabilitation : CBR) หมายถึง การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่อง ทั้งระยะกลางและระยะยาว สำหรับคนพิการ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลชุมชน) สร้างทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมประเมินคนพิการที่มีความต้องการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟู การเยี่ยมจากชุดใหญ่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และจากทีม รพ.สต.ทุกวัน กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลจากภาวะป่วยเฉียบพลัน เพื่อดูแลการทำกายภาพบำบัดที่บ้านและประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ ประสานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อวางแผน ปรับแผนการรักษา และฟื้นฟูระยะยาวต่อไป
- 10) การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน หรือร่วมกับชุมชน เช่น วัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการบริการเชิงรุกร่วมกับผู้ดูแลคนพิการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) และหมอมือบ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- 11) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว หรืออาสาสมัคร หรือผู้ช่วยเหลือคนพิการ ตามพ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550)
- 12) ตรวจประเมินรับรองคนพิการรายใหม่ ส่งผู้เกี่ยวข้องเพื่อรับรองความพิการและภาวะบกพร่อง เพื่อขึ้นทะเบียน และใช้สิทธิการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 13) ออกหน่วยตรวจคัดกรองตามเกณฑ์ที่กำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตามกลุ่มอายุและโรคเรื้อรัง
- 14) เยี่ยมดูแลและส่งเสริมสุขภาพทางกายและทางจิตตามกลุ่มโรค

### ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการของคนพิการ

ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้หมายความว่าประชาชนจะสามารถเข้าใช้บริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเสมอไป โดยเฉพาะกับคนพิการ ซึ่งพบว่าคนพิการส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีข้อจำกัดในการใช้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (World Health Organization, 2011) สำหรับในประเทศไทยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คนพิการใช้บริการสุขภาพและได้รับความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ภัทรพร เสี่ยงแดง และวิกานดา รุ่งเจริญ, 2550) โดยเฉพาะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการที่ทุกคนและทุกคนรอบครัวสามารถใช้บริการได้ เป็นบริการขั้นแรกสำหรับประชาชน ครอบครัวและชุมชน ที่มีการบูรณาการการดูแลสุขภาพให้มาอยู่ใกล้ที่อยู่อาศัยและที่ทำงานของประชาชนเท่าที่จะเป็นไปได้แต่มีการคาดการณ์ว่าในประเทศไทยคนพิการจำนวนมากที่สามารถใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการพื้นฐานที่เหมาะสม และในประเทศไทยคนพิการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับปานกลางเท่านั้น ไม่ว่าจะในด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการและด้านความพอเพียงของการบริการที่มีอยู่ (พิลื้อ เขียวแก้ว, 2552) เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศคนพิการใช้บริการสุขภาพ

ระดับปฐมภูมิน้อยกว่าคนปกติเช่นกัน (Kroll et al., 2012) ทั้งนี้ในความเป็นจริงคนพิการมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพมากกว่าคนปกติทั้งนี้สามารถสรุปปัญหาและอุปสรรคในการใช้บริการสุขภาพของคนพิการได้ดังนี้

1) อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ แม้ว่าการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะไม่ต้องจ่ายค่าบริการจากการรักษา แต่ในการไปรับบริการสุขภาพมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปกลับ โดยการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า คนพิการร้อยละ 69.99 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2550) ซึ่งตรงกับการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการภายหลังการจดทะเบียนกรณีศึกษาโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าเป็นเรื่องค่าพาหนะในการเดินทางมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 3,736 บาท ทำให้ไม่มีเงินเพียงพอสำหรับเดินทางไปรับบริการได้ (ศิริลักษณ์ มาปง, 2551) รวมถึงการศึกษาการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีนามัยในจังหวัดนครปฐม พบว่า รายได้เฉลี่ยของคนพิการต่อเดือน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวคนพิการและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของคนพิการต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการจากสถานีนามัยในระดับค่อนข้างต่ำ ระดับค่อนข้างสูง และค่อนข้างต่ำ ตามลำดับ ( $r = 0.298, 0.689$  และ  $0.149, p < .05$ ) (ปริดา สังข์สว่าง, 2554) และการศึกษาที่มีรายได้น้อยเป็นปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการสุขภาพของคนพิการในเมืองเคปทาวน์ ประเทศแอฟริกาใต้ถึงร้อยละ 71 (Maart & Jelsma, 2014) นอกจากนี้การศึกษาพฤติกรรมกรใช้บริการสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเมืองจิมมาทางตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศเอธิโอเปีย พบว่า รายได้ที่มีกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวทำนายพฤติกรรมกรใช้บริการสุขภาพได้  $OR = 0.70$  (95%  $CI = 0.47-0.85$ ) และ  $OR = 3.50$  (95%  $CI = 1.17-10.28$ ) ตามลำดับ (Girma, Jira, & Girma, 2011)

2) ความจำกัดทางด้านร่างกาย คนพิการมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2550) จึงมีความไม่สะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ ความไม่สะดวกในการเดินทาง คนพิการที่ไม่มีรถส่วนตัวต้องจ้างรถไปส่ง และเดินทางอย่างยากลำบากและความไม่สะดวกระหว่างรอรับบริการในแต่ละจุดบริการ จึงต้องมีญาติเป็นผู้พาไป แต่ในสภาวะการณ์ที่คนวัยแรงงานทุกคนต้องทำงานนอกบ้านและลักษณะของครอบครัวเดี่ยว ทำให้ญาติไม่สะดวกที่จะพาคนพิการไปโรงพยาบาล (ชฎาพร เยาว์เจริญสุข, 2550) เช่นเดียวกับการสำรวจกรใช้บริการสุขภาพของคนพิการในเมืองเคปทาวน์ ประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า ปัญหาหลักของการเข้าไม่ถึงการรับบริการสุขภาพคือ ปัญหาทางด้านคมนาคมขนส่งที่มีสูงถึงร้อยละ 72 (Maart & Jelsma, 2013) นอกจากนี้ ประเภทของความพิการและระดับความพิการ ยังสามารถทำนายการไปใช้บริการสุขภาพของคนพิการได้  $OR = 2.18$  (95%  $CI = 1.28-3.71$ ) (Kung, Tsi, & Li, 2012; Park, 2014) โดยพบว่าระดับความพิการสูงจะไปใช้บริการสุขภาพน้อยลง

3) การไม่มีเครือข่ายทางสังคมการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายเกื้อหนุนของครอบครัวและเพื่อนจะช่วยให้คนพิการสามารถใช้บริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และสิทธิต่างๆ ที่คนพิการพึงมีและพึงได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในภาครัฐ เอกชน และเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของคนพิการทางการเคลื่อนไหว รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ นอกจากนี้ปัญหาอุปสรรคจากตัวคนพิการ และปัญหาอุปสรรคจากครอบครัวคนพิการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างสูง และระดับสูงกับการเข้าถึงและการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคน

พิการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ( $r = 0.647$  และ  $0.909$ ,  $p < .05$  ตามลำดับ) (ปริดา สังข์สว่าง, 2554) นอกจากนี้เครือข่ายทางสังคมยังสามารถทำนายความต้องการบริการสุขภาพด้วย (Nathan, 2013)

4) การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อหน่วยให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การมีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับหน่วยบริการสุขภาพและบริการที่ได้รับ เพราะการไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากรทางการแพทย์ การเลือกปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ การพูดจาไม่เหมาะสม การขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพของคนพิการ ทำให้คนพิการอาจลังเลหรือไม่มาใช้บริการสุขภาพได้ (ดาร์รัตน์ ทิพย์วงศ์, 2551; วิสัน สุคะมะโน, 2555)

### แนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ

แนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของทั้งบุคลากรสาธารณสุข ตัวคนพิการเองและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกัน ดังนี้

**1. การปรับทัศนคติของคนพิการต่อหน่วยบริการสุขภาพ** นับว่ามีความสำคัญยิ่งที่จะทำให้คนพิการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เพราะทัศนคติเป็นการยอมรับหรือปฏิเสธต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์บางอย่าง การมีทัศนคติที่ดีต่อหน่วยบริการสุขภาพมีผลต่อการไปใช้บริการสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาพฤติกรรมใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ใช้บัตรทอง พบว่า สาเหตุของการไม่ไปใช้บริการยังสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตร เพราะคิดว่าสถานบริการที่ตนขึ้นทะเบียนไว้มีคุณภาพต่ำ นอกจากนี้การมีความเชื่อถือในสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ การจัดการบริการ และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งความสามารถของแพทย์ และคุณภาพการรักษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการหรือไม่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนของประชาชน โดยคนพิการอาจลังเลที่จะใช้บริการสุขภาพ เพราะเกรงว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำกว่าคนอื่น ซึ่งการปรับทัศนคติของคนพิการต่อหน่วยบริการสุขภาพ สามารถทำได้โดยเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยอัธยาศัยไมตรีสุภาพ มีน้ำใจ เอาใจใส่คนพิการที่มารับบริการ ไม่เลือกปฏิบัติ รวมทั้งการพัฒนาให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพของคนพิการ (ปริดา สังข์สว่าง, 2554)

**2. การสร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับคนพิการ** คนพิการมีสามารถและไม่สะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพ เนื่องจากสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีญาติหรือผู้ดูแลเป็นผู้พาไป (ชฎาพร เยาว์เจริญสุข, 2550) ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายเพื่อนของครอบครัวและเพื่อนจะช่วยให้คนพิการสามารถใช้บริการสุขภาพได้ ดังจะเห็นได้จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคจากตัวคนพิการ และปัญหาอุปสรรคจากครอบครัวคนพิการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเข้าถึงหรือการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการจากสถานอนามัย นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายทางสังคมมีส่วนช่วยในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นกับความพิการโดยผู้ให้ข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน และกำนัน ซึ่งข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น เช่น การขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการ สิทธิเกี่ยวกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (อาภาภรณ์ พรหมโท, 2551) ในการสร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับคนพิการ สามารถทำได้โดยการจัดให้มีการรวมตัวกันของคนพิการในชุมชนอาจจะเป็นในรูปแบบชมรมคนพิการ โดยเครือข่ายความร่วมมือของทุกภาคส่วน เริ่มจากครอบครัวที่ต้องตระหนักในศักยภาพของคนพิการ ช่วยเหลือสนับสนุนให้คนพิการได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงาน การมีจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือคนพิการ และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สนับสนุนความรู้ เป็นพี่เลี้ยง และเป็นที่ปรึกษาให้กับชมรม ซึ่งจะ使人พิการได้มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพรวมทั้งเป็นการส่งเสริมให้คนพิการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิด้วย

**3. การส่งเสริมให้คนพิการมีรายได้** รายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิต คนพิการที่มีฐานะดีย่อมมีความพร้อมและโอกาสในการกระทำการต่างๆ สำหรับชีวิตได้มากกว่าคนพิการที่มีฐานะยากจน (อาภาภรณ์

พรหมโท, 2551) คนที่มีรายได้อ่อนไปใช้บริการด้านสุขภาพมากกว่าคนที่มียาได้ต่ำ นอกจากนี้ผู้ที่มีรายได้อ่อนยังมีโอกาสเลือกใช้บริการที่มีประสิทธิภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยเพราะมีความสามารถในการจ่ายมากกว่า แม้ว่า การใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการจากการรักษา แต่ในการไปรับบริการสุขภาพมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับ ซึ่งจะพบว่าปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการภายหลังการจดทะเบียนแล้ว เป็นเรื่องค่าพาหนะในการเดินทางมากที่สุด เนื่องจากคนพิการส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้อ่อนต่อเดือนน้อย ทำให้ไม่มีเงินเพียงพอที่จะเดินทางไปใช้บริการได้ (ศิริลักษณ์ มาปง, 2551) การส่งเสริมให้คนพิการมีรายได้อ่อนสามารถกระทำได้โดยเริ่มตั้งแต่คนพิการและครอบครัวที่ต้องตระหนักว่าคนพิการเป็นคนที่มีศักยภาพ สามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้คนพิการได้พัฒนาตนเองในงานอาชีพต่างๆ ได้ รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีสถาบันฝึกอบรมอาชีพที่หลากหลายให้กับคนพิการ เอกชนยินดีจ้างงานคนพิการที่มีฝีมือดี และประชาชนทั่วไปช่วยอุดหนุนสินค้าของคนพิการ หากได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเช่นนี้แล้วจะส่งเสริมให้คนพิการมีรายได้อ่อนเลี้ยงดูตนเอง และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นในที่สุด

**4. การช่วยเหลือคนพิการในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ** เพราะคนพิการมักมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงาน มือ เท้า แขน ขา จึงมีความไม่สะดวกในการไปใช้บริการ ได้แก่ ความไม่สะดวกระหว่างรอรับบริการในแต่ละจุดบริการ มีปัญหาเรื่องพาหนะในการเดินทาง เนื่องจากคนพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องจ้างรถไปส่ง หรือต้องมีญาติเป็นผู้พาไป หรือต้องเดินทางอย่างยากลำบาก และญาติไม่ว่างพาไปโรงพยาบาล เช่นเดียวกับต่างประเทศคนพิการมีปัญหาในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ (Maart & Jelsma, 2013) นอกจากนี้การไปรับบริการสุขภาพ มักมีค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นปัญหาต่อคนพิการและครอบครัวที่มักมีเงินจำกัดเพื่อใช้จ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพ ซึ่งการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพ ทั้งที่เป็นโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าใช้จ่ายที่สูงในแต่ละครั้ง ถึงแม้ไม่ต้องจ่ายค่าร่วมจ่าย 30 บาท แต่ต้องจ่ายค่าเดินทางซึ่งมากกว่าคนทั่วไปหลายเท่า (พนมเทียน พรหมณี, 2550) ดังนั้นการจัดหายานพาหนะรับส่งคนพิการในชุมชน ตลอดจนการสร้างระบบความร่วมมือในการส่งต่อคนพิการเพื่อการรักษาพยาบาลจึงเป็นการช่วยเหลือคนพิการในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ นอกจากนี้ในท้องถิ่นที่มีรถรับส่งอยู่แล้วองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนควรประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนให้คนพิการสามารถใช้บริการรถพยาบาลของตำบลในการรับส่งไปหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลอย่างทั่วถึงยิ่งขึ้น

**5. การให้บริการเชิงรุกเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการที่อาศัยอยู่ห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ** ทั้งนี้โดยหลักการแล้วระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านไปถึงสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไม่ควรเกิน 30 นาที เพราะการกระจายของผู้ใช้บริการขึ้นอยู่กับระยะทาง ผู้ใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่จะไปใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขในระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร เพราะสะดวกในการการเดินทางซึ่งระยะทางที่ห่างไกลของสถานบริการสุขภาพเป็นอุปสรรคสำคัญของคนพิการในการไปใช้บริการสุขภาพ (พนมเทียน พรหมณี, 2550) ดังนั้นการให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เช่น โหมบายคลินิก การบริการสุขภาพที่บ้าน (home health care) การให้อาสาสมัครสาธารณสุขหรือจิตอาสาสมัครมีส่วนร่วมในการช่วยประเมินภาวะสุขภาพคนพิการขั้นต้นและสื่อสารกับเจ้าหน้าที่จะช่วยให้คนพิการได้รับการดูแลสุขภาพที่ทั่วถึงเพิ่มขึ้น

## สรุป

คนพิการมีความแตกต่างจากประชาชนทั่วไป อันเนื่องมาจากความพิการทำให้เกิดข้อจำกัด หรือขัดขวาง การเข้าถึงสิทธิต่างๆ เช่น เจตคติของคนพิการเอง ครอบครัวและสังคมขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความพิการ รัฐบาลไม่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างจริงจัง กฎหมายจำกัดสิทธิคนพิการ สภาพการบังคับใช้ กฎหมายส่งเสริมสิทธิของคนพิการไม่มีประสิทธิภาพ สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารต่างๆ สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของคนพิการทั้งสิ้น ดังนั้นการที่จะ ส่งเสริมและสนับสนุนให้คนพิการเข้าถึงสิทธิต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ ของทุกๆ ฝ่ายร่วมกัน

## เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. (2550). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- ชฎาพร เยาว์เจริญสุข. (2550). *คนพิการกับการเข้าถึงการบริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชูฤทธิ์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดาริกาเลิศ, สุพัตรา ศรีนิชากรเลิศ และเกษม เวชสุทธานนท์. (บรรณาธิการ). (2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ดรรรัตน์ ทิพย์วงศ์. (2551). *ปัญหาและความต้องการในการได้รับสวัสดิการความช่วยเหลือจากภาครัฐของผู้พิการในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน*. การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรีดา สังสว่าง. (2554). *กลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีนอนามัยในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนมเทียน พรหมณี. (2550). *การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลคนพิการในชุมชนเขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2550). สืบค้นเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2560, จาก <http://www.nep.go.th/Upload/modLaw/179.pdf>.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550). สืบค้นเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2560, จาก [http://www.moph.go.th/hot/national\\_health\\_50.pdf](http://www.moph.go.th/hot/national_health_50.pdf).
- พิลือ เขียวแก้ว. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยทักษิณ.

- ภัทรพร เสียงแดง และวิภาดา ร่างเจริญ. (2550). การเข้าถึงและความเป็นธรรมในการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้พิการในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย. (2550). *คู่มืออาสาสมัครเพื่อคนพิการ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์อิมส์ของมูลนิธิคนพิการไทย (โดยคนพิการ).
- รัชณี สรรเสริญ และคณะ. (2555). การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน: กลยุทธ์หลักเพื่อคนพิการ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 5(1), 22-30.
- ลัดดา ดำริการเลิศ. (บรรณาธิการ). (2553). *การจัดการความรู้ และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรีนติ้งแอนพับลิชชิง.
- วิสัน สุคะมะโน. (2555). การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน(CBR). สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2557, จาก <http://www.sdpa.or.th/web/index.php/home/51-2011-05-17-12-04-02/643cbr.html>.
- ศิริลักษณ์ มาปง. (2551). การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการภายหลังการจดทะเบียนคนพิการ ศึกษาเฉพาะศูนย์บริการจดทะเบียนคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลสระบุรี. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- สำนักสถิติแห่งชาติ. (2550). *การสำรวจประชากรคนพิการ*. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2560, จาก [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/news\\_disabled.jsp](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/news_disabled.jsp)
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2556). *สถิติคนพิการ*. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <http://nep.go.th/>
- สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. (2552). สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว. *วารสารปฐมภูมิ*. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2560, จาก <http://www.thaiichr.org>.
- สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ. (2554). *มุมมองและประสบการณ์ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ: ในทศวรรษแรกแห่งนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- อาภาภรณ์ พรหมโท. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางกายภาพในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Girma, F., Jira, C., & Girma, B. (2011). Health service utilization and associated factors in Jimma zone, South West Ethiopia. *Ethiopian Journal health Sciences, Special*(20), 91-100
- Kroll, T., Jones, G.C., Kehn, M., & Neri, M.T. (2012). Barrier and strategies affecting the utilization of primary preventive services for people with physical disabilities: A qualitative inquiry. *Health and Social Care in the Community*, 14(4): 284-293.
- Kung P.T., Tsi W.C., & Li Y.H. ( 2012). Determining factors for utilization of preventive health service among adults with disabilities in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, 33(1), 205-213.
- Maart, S., & Jelsma, J. (2014). Disability and access to health care - a community base descriptive study. *Disability and Rehabilitation*, 36(18),1489-93.

Nathan, D.G. (2013). *The relation of social network and health service demand*.

[Electronic version]. Retrieved October 19, 2015, from <http://www.sole-jole.org/14435.pdf>.

World Health Organization. (2005). *Disability and rehabilitation WHO action plan 2006-2011*.

Geneva: WHO.

World Health Organization, & The World Bank. (2011). *World report on disability*. Retrieved April 30, 2014, from [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/)