

ระดับความสามารถการเคลื่อนไหวร่างกาย ในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคม ของผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

มารยาท พสภมวษรณนท พ.บ., วว.เวชศาสตร์ฟื้นฟู*, พิชรา เรืองวงค์โรจน์ พ.บ., วว.เวชศาสตร์ฟื้นฟู*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคมของผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแล ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานส่วนหนึ่งที่จะนำปัญหาที่พบ ไปพัฒนาระบบการให้บริการทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป แต่ปัจจุบันข้อมูลพื้นฐานยังไม่ครบถ้วน จึงทำการศึกษา

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับความสามารถใน 3 ด้าน คือ การเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคม ของผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย และความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถกับโรคที่เป็นสาเหตุของความพิการ

วิธีการศึกษา : การศึกษาแบบพรรณนา แบบ retrospective descriptive study โดยทบทวนข้อมูลทางเวชระเบียนของผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหวที่ได้รับการตรวจประเมินและออกเอกสารรับรองความพิการ ณ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในปี พ.ศ.2561 ที่มีการบันทึกข้อมูลจากแบบฟอร์มการประเมินระดับความสามารถในกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย และการเข้าสังคม ด้วยแบบประเมิน International classification of Functioning, disability and health (ICF)

ผลการศึกษา : จากผู้พิการ 360 ราย มีอายุเฉลี่ย 62.3 ± 19.2 ปี (1-97 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.3) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 19.7) รองลงมา คือ โรคข้อ (ร้อยละ 17.2) และกระดูกขาหัก (ร้อยละ 15.3) ตามลำดับ ระดับความสามารถที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ ปัญหาในการเข้าสังคมและกิจกรรมนันทนาการ (ร้อยละ 99.4) รองลงมา คือ ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ (ร้อยละ 95) และปัญหาด้านการเดิน (ร้อยละ 42.5) ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีปัญหาด้านการใส่เสื้อผ้า และการกินอาหาร มากกว่าโรคอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000, 0.001$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว ในจังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ระดับความสามารถที่มีปัญหามากที่สุด คือ ทางด้านการประกอบอาชีพ การเข้าสังคมกิจกรรมนันทนาการ และการเดิน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง จะมีปัญหาความสามารถในกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มโรคอื่น ดังนั้นการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ควรให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งฟื้นฟูทางร่างกายให้ช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด การเดิน การขับถ่ายปัสสาวะ ฟื้นฟูด้านอาชีพ และสร้างแรงจูงใจให้กลับไปเข้าสังคม จึงมีความสำคัญและจำเป็น ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหวต่อไป

คำสำคัญ : ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความสามารถการเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับความสามารถการเข้าสังคม ผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว แบบประเมิน International classification of Functioning, disability and health (ICF)

*กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ : มารยาท พรหมวิชานนท์ E-mail : tikapisari@gmail.com

วันที่รับเรื่อง : 31 มีนาคม 2563 วันที่ส่งแก้ไข : 8 สิงหาคม 2563 วันที่ตีพิมพ์ : 20 กันยายน 2563

ACTIVITY DAILY LIVING, MOBILITY AND SOCIAL FUNCTIONING OF PEOPLE WITH PHYSICAL AND MOBILITY DISABILITY IN CHIANGRAI REGIONAL HOSPITAL

Marayard Promwatcharanom, M.D. (Rehabilitation Medicine)*, Patchara Ruengwongroj, M.D. Rehabilitation Medicine)*

ABSTRACT

BACKGROUND : Mobility, activity daily living and social functioning of people with physical and mobility disability is a basic information for improvement of rehabilitation service. The functions of disabled persons affect the quality of life of them and caregivers. Now, Basic information of people with physical and mobility disabilities is not completed.

OBJECTIVE : To study the levels of 3 domains (activity daily living, mobility and social functioning) of people with physical and mobility disability, Chiangrai Prachanukroh Hospital and relationships between the causes of disability and the functional consequences.

METHODS : This study was a retrospective descriptive study. Retrospective review chart of all medical records of people with physical and mobility disability who came to visit the Department of Rehabilitation Medicine, Chiangrai Prachanukroh Hospital in 2018. Medical records and International classification of Functioning, disability and health (ICF) form that is activity daily living, mobility and social functioning assessment of people with physical and mobility disability have been reviewed.

RESULTS : Three hundred and sixty people with physical and mobility disabilities were enrolled. Mean age was 62.3 ± 19.2 years (1-97 years). Female is 55.3%. The most common cause of disability was a stroke (19.7%), rheumatologic disease (17.2%) and fracture of the lower extremities (15.3%). The greatest common problems were social functioning (99.4%), economic problems (95%) and difficulty to walk (42.5%). Eating and dressing activities were more difficult in the patient with stroke and traumatic brain injury than the other diseases ($p=0.000$, 0.001).

CONCLUSIONS AND DISCUSSIONS : The most common problems of activity daily living, mobility and social functioning of people with physical and mobility disability in Chiangrai were social functioning, economic problems and walking. Disabled people caused by brain lesions have more disability in activity-daily living. Rehabilitation service for people with physical and mobility disability should be holistic care (activity daily living training, ambulation, driving and occupational training) and motivate social activity. This is important to modify the services for disabled people.

KEYWORDS : activity daily living, mobility and social functioning, physical and mobility disability, International classification of Functioning, disability and health (ICF)

*Department of Rehabilitation Medicine, Chiangrai Prachanukroh Hospital

Corresponding Author : Marayard Promwatcharanom E-mail : tikapisari@gmail.com

Accepted date : 31 March 2020 Revise date : 8 August 2020 Publish date : 20 September 2020

ความเป็นมา

จากการรายงานข้อมูลสถิติจำนวนผู้พิการในประเทศไทย โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีนาคม 2562 พบว่า ผู้พิการในเขตภาคเหนือ มีจำนวน 444,485 คน คิดเป็นร้อยละ 22.27 จากทั้งประเทศ ซึ่งประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย พบเป็นจำนวนมากที่สุดคือร้อยละ 49.43 รองลงมา คือ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 18.65 และความพิการทางการเห็น ร้อยละ 9.82 ตามลำดับ สาเหตุความพิการได้แก่ แพทย์ไม่ระบุร้อยละ 52.64 ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 19.37 โรคอื่น ๆ ร้อยละ 13.81 อุบัติเหตุร้อยละ 6.10 โรคติดเชื้อร้อยละ 1.27¹ โดยสรุปจากข้อมูลดังกล่าวส่วนใหญ่มิทราบสาเหตุแน่ชัดว่า มีความพิการจากสาเหตุโรคใด

เป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ การฟื้นฟูให้ผู้พิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กลับเข้าสู่สังคมได้ ดังนั้น ข้อมูลพื้นฐานนอกจากสาเหตุของความพิการแล้ว ระดับความสามารถของผู้พิการ ก็เป็นส่วนสำคัญในการวางแผนการฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งที่ผ่านมา สถิติผู้พิการในประเทศไทยทุกประเภท² เคยมีการสำรวจในปี พ.ศ.2555 พบว่า ปัญหาทางสุขภาพของผู้พิการ คือ การเดินขึ้นลงบันได (ร้อยละ 48.90) การนั่งยอง (ร้อยละ 47.20) การเดินทางราบ 50 ก้าว (ร้อยละ 46.90) การมองเห็น (ร้อยละ 28.50) และการลุกจากการนอนเป็นการนั่ง (ร้อยละ 25.30) นอกจากนี้ผู้พิการ ร้อยละ 44.30 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในครัวเรือน และชุมชน สาเหตุเนื่องจากสภาพความพิการ การเดินทางที่ไม่สะดวกและคนในบ้านไม่ยอมให้ออกนอกบ้าน²

ปัจจุบันการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน มีการประเมินหลากหลาย

การประเมินด้วย ICF (International classification of Functioning, disability and health) เป็นหนึ่งวิธีทางสากลที่ใช้กันหลายประเทศ ซึ่ง ICF เป็นการประเมินความบกพร่องของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย ระดับความยากลำบากในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อบุคคลนั้น โดยรหัส ICF ผ่านการรับรองจากองค์การอนามัยโลก WHO ในปี พ.ศ.2543 ดังนั้น รหัส ICF จะเป็นภาษามาตรฐาน ในการสื่อสารข้อมูลสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งใช้เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างประเทศได้ โดย ICF จะประกอบด้วย รหัสข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ คือ

1. รหัสการทำงานหรือโครงสร้างของร่างกาย (body function and structure) จะบ่งบอกถึงความผิดปกติการทำงานหรือโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย

2. รหัสการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activity and participation) จะบ่งบอกถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ว่ามีปัญหาเล็กน้อยเพียงใด

3. รหัสปัจจัยแวดล้อม (contextual factors) คือปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้พิการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment factors) เช่น สภาพบ้าน ผู้ดูแล การขนส่งสาธารณะ เป็นต้น และปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพของผู้ป่วยหรือผู้พิการ³

มีการศึกษาที่ทบทวนวรรณกรรมของการใช้ประโยชน์จาก ICF พบว่า หลายประเทศได้นำ ICF มาใช้ประโยชน์หลายรูปแบบ ได้แก่ การพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการ การสื่อสารระหว่างบุคลากรที่ทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ การเก็บข้อมูลสมรรถนะของผู้ป่วยเรื้อรังต่าง ๆ และการพัฒนาแบบสอบถาม ICF เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล⁴

ดังนั้น การได้ทราบข้อมูลพื้นฐานของความพิการ ระดับความสามารถคนพิการ นำไปสู่การพัฒนางานฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ใน ปัญหาที่พบบ่อยในแต่ละพื้นที่ต่อไป

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แห่งชาติ กรมการแพทย์ ได้ดำเนินการพัฒนาและจัดทำคู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการ และให้รหัส ICF ให้เหมาะสมกับการใช้งานด้านความพิการในประเทศไทย โดย ความสามารถในการ 3 ด้าน คือ เคลื่อนไหวร่างกาย ใช้รหัส d420, d450, d465 การทำกิจวัตรประจำวัน ใช้รหัส d510, d530, d540, d550 และการเข้าสังคม ใช้รหัส d839, d870, d920 เพื่อประโยชน์เป็นเครื่องมือทางสถิติ ด้านการบำบัด ด้านงานวิจัย ด้านการวางแผนนโยบายทางสังคมและการศึกษา³ โดยให้โรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข ที่ออกเอกสารรับรองความพิการ ได้ประเมิน ICF ร่วมด้วย จะได้ทราบข้อมูลพื้นฐานของผู้พิการในประเทศไทย และนำข้อมูลไปวางแผนในการพัฒนาระบบการให้บริการต่อไป

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้ให้บริการในการออกเอกสารรับรองความพิการ ประเภททางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย รวมทั้งได้ประเมินสุขภาวะของผู้พิการ โดยใช้ ICF มาเป็นเวลาหลายปี ยังไม่มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ที่มารับบริการในโรงพยาบาล ที่จะสามารถนำมาวางแผนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามระดับความสามารถ และครอบคลุมทุกมิติ ได้ทำงานวิจัยนี้ขึ้น เพื่อหาข้อมูลพื้นฐานของผู้พิการ และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย และการเข้าสังคม ของผู้พิการ

ทางร่างกายและการเคลื่อนไหว ในจังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน นำมาพัฒนางานประจำในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว ของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถใน 3 ด้าน คือ ในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย และการเข้าสังคม ของผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว ในจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความสามารถ และสาเหตุของความพิการ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

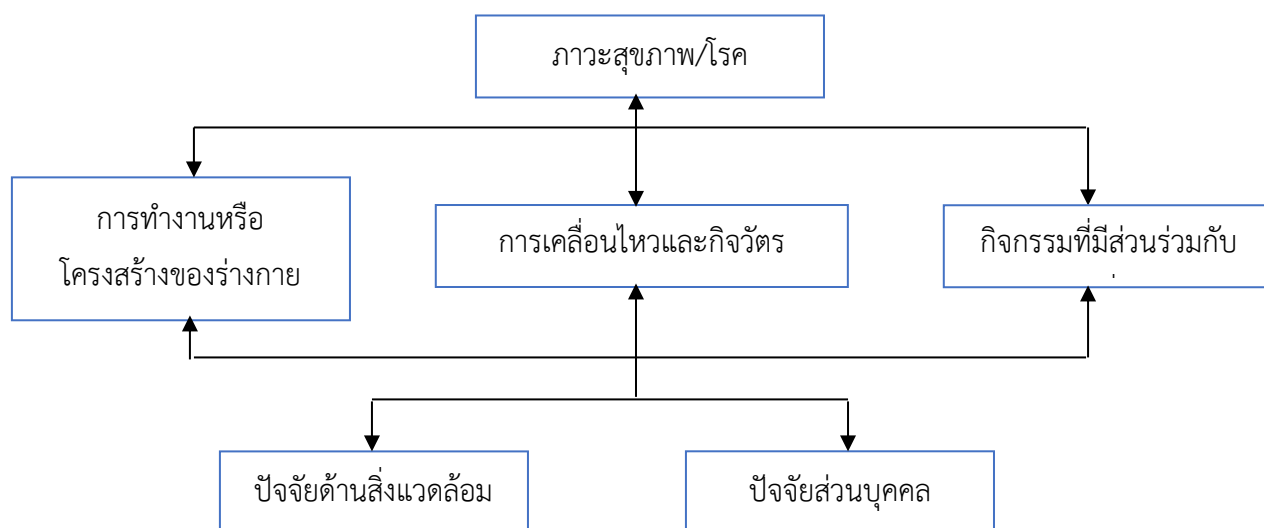
เป็นการศึกษาแบบพรรณนา แบบ retrospective descriptive study โดยทบทวนข้อมูลทางเวชระเบียน ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลจากเอกสารรับรองความพิการ และ ข้อมูลจากแบบฟอร์มการบันทึก ICF

กรอบแนวคิดทฤษฎี

จากการทบทวนวรรณกรรม⁵ ทั่วโลกมีผู้พิการมากกว่า 1,000 ล้านคน และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและกิจวัตรประจำวัน 110-190 ล้านคน สาเหตุมีผลมาจาก โรคและสิ่งแวดล้อม เช่น โรค อุบัติเหตุจราจร หกล้ม ภัยธรรมชาติ การเกิดความผิดปกติของร่างกาย ทำให้สูญเสียความสามารถ การกลับไปเข้าสังคม และมีผลต่อคุณภาพชีวิต ในปี 2017 WHO ให้ความสำคัญกับการประเมินผู้พิการแบบองค์รวม ปัจจุบันหลายประเทศนำ ICF มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้พิการซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนในการให้บริการและการสนับสนุนต่าง ๆ ต่อไป⁶⁻⁷

เมื่อเกิดโรคหรืออุบัติเหตุ ที่ทำให้เกิดการทำงานหรือโครงสร้างของร่างกายที่ผิดปกติไป มีผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย และกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการเข้าสังคม⁸⁻⁹ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยของบุคคล เช่น เพศ

อายุ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแล ที่สัมพันธ์กัน ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม (ภาพที่ 1) จะนำไปสู่การวางแผนการฟื้นฟูได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น³



ภาพที่ 1 การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม

ประชากรที่ศึกษา

ผู้พิการที่ได้รับการออกเอกสารรับรองความพิการประเภททางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ.2561

การใช้เครื่องมือแบบประเมิน

แบบฟอร์มการประเมินระดับความสามารถตาม ICF³ เป็นเครื่องมือตามมาตรฐานสากล สามารถเปรียบเทียบข้อมูลสถานะสุขภาพในแต่ละประเทศได้ โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ ได้ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือนี้ รวมทั้งจัดทำคู่มือมาตรฐานกลางประเมิน

ความสามารถตามประเภทความพิการ และให้รหัส ICF ให้เหมาะสมกับการใช้งานด้านความพิการในประเทศไทย จัดอบรมการใช้เครื่องมือ ให้แก่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูทั่วประเทศ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

รหัสที่ใช้ในความพิการทางการเคลื่อนไหวจะประกอบด้วย 10 รหัส แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. การเคลื่อนไหวร่างกาย ใช้รหัส d420, d450, d465
2. ในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้รหัส d510, d530, d540, d550
3. การเข้าสังคม ใช้รหัส d839, d870, d920

ขั้นตอนการดำเนินงานและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ได้ส่งเอกสารขอคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย
ในมนุษย์
2. เมื่อได้รับเอกสารรับรองทางจริยธรรมวิจัย
จึงทบทวนข้อมูลทางเวชระเบียน และจาก
ข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม ในแฟ้ม disability,
ICF
3. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ในข้อมูลพื้นฐาน สาเหตุ
ที่ทำให้เกิดความพิการ ระดับความสามารถใน
กิจวัตรประจำวัน การศึกษา และการประกอบ
อาชีพ โดยคำนวณทางสถิติแบบพรรณนา
ค่าเฉลี่ยร้อยละ
4. เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัญหา
ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ในแต่ละ
โรค โดยใช้ Fisher's Exact test

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้พิการทั้งหมด 360 ราย
มีอายุเฉลี่ย 62.3 ± 19.2 ปี ต่ำสุดคือ 1 ปี และสูงสุด
คือ 97 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.3 สาเหตุ
ความพิการส่วนใหญ่เกิดจากโรค คิดเป็นร้อยละ 72.8
รองลงมา คือ อุบัติเหตุ และตั้งแต่กำเนิด ร้อยละ 24.2
และ 3.1 ตามลำดับ ผู้พิการจากอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เกิด
จากอุบัติเหตุทางจราจร รองลงมา คือ หกล้ม สำหรับ
โรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการ พบว่า
โรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด (ร้อยละ 19.7)
รองลงมาคือ โรคข้อ กระดูกขาหัก และแขนขาขาด
ร้อยละ 17.2, 15.3 และ 11.9 ตามลำดับ
(ตารางที่ 1) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมี 11 ราย เป็น
ผู้ป่วยอ่อนแรงแขนขา 2 ข้าง 7 ราย และอ่อนแรงขา
2 ข้าง 4 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=360)	ร้อยละ
1.อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD (min-max)	62.3+19.2 (1-97)	
2.เพศ		
ชาย	161	44.7
หญิง	199	55.3
3.สาเหตุความพิการ		
โรค	262	72.8
อุบัติเหตุ	87	24.2
- จราจร	40	11.1
- หกล้ม	38	10.6
- อื่น ๆ	9	2.5
ตั้งแต่กำเนิด	11	3.1
4.แบ่งการวินิจฉัยโรคตาม ICD 10		
โรคหลอดเลือดสมอง	71	19.7
โรคข้อ	62	17.2
กระดูกขาหัก	55	15.3
แขนขาขาด	43	11.9
เด็กสมองพิการ	11	3.1
บาดเจ็บไขสันหลัง	11	3.1
บาดเจ็บสมอง	10	2.7
เส้นประสาทแขนขาขาด	6	1.7
อื่น ๆ	90	25.0

โรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการ พบว่า
โรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด (ร้อยละ 19.7)
รองลงมา คือ โรคข้อ กระดูกขาหัก และแขนขาขาด
(ร้อยละ 17.2, 15.3 และ 11.9 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ปัญหาหรือความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้พิการ ตามรหัส ICF

สมรรถภาพทางการเคลื่อนไหว ตามแนวทางของ ICF	จำนวนผู้พิการที่เป็น ปัญหา*	จำนวนผู้พิการที่ไม่เป็น ปัญหา**
ด้านการเคลื่อนไหว		
รหัส d420 การเคลื่อนย้ายตัวเอง	93 (25.9%)	267 (74.1%)
รหัส d450 การเดิน	153 (42.5%)	206 (57.2%)
รหัส d465 การเคลื่อนที่โดยอุปกรณ์ (รถเข็น/รถโยก)	141 (39.2%)	218 (60.6%)
ด้านกิจวัตรประจำวัน		
รหัส d510 การทำความสะอาดร่างกาย	107 (29.8%)	253 (70.3%)
รหัส d530 การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ	116 (32.2%)	244 (67.8%)
รหัส d540 การใส่เสื้อผ้า	125 (34.7%)	235 (65.3%)
รหัส d550 การกินอาหาร	123 (34.2%)	237 (65.8%)
ด้านการเข้าสังคม		
รหัส d839 การศึกษา***	9 (2.5%)	5 (1.4%)
รหัส d870 อาชีพรายได้	342 (95.0%)	18 (4.8%)
รหัส d920 นันทนาการ งานอดิเรก งานสังคม	357 (99.4%)	2 (0.6%)

*เป็นปัญหา หมายถึง ระดับปัญหาหรือความยากลำบาก ปานกลาง รุนแรง และทั้งหมด (2-4)

**ไม่เป็นปัญหา หมายถึง ระดับปัญหาหรือความยากลำบาก ไม่เป็นปัญหา และ เป็นปัญหาเล็กน้อย (0-1)

***รหัส d839 เป็นการประเมินอุปสรรคในการเข้ารับการศึกษ ดังนั้นผู้ป่วยที่อายุไม่ได้อยู่ในช่วงการศึกษา จะถูกประเมินเป็นรหัส 9 คือ ไม่เกี่ยวข้อง ดังนั้นข้อมูลทั้งหมดจะรวมกันไม่ถึง 360 ราย

ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นปัญหามากสำหรับผู้พิการส่วนใหญ่ คือ ปัญหาในการเข้าสังคมและกิจกรรมนันทนาการ (ร้อยละ 99.4) รองลงมา คือ ปัญหาด้านการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 95.0) และปัญหาด้านการเดิน (ร้อยละ 42.5) ตามลำดับ

ส่วนกิจวัตรประจำวันที่ไม่เป็นปัญหามากที่สุด คือ การเคลื่อนย้ายตัวเอง (ร้อยละ 74.1) และการทำความสะอาดร่างกาย (ร้อยละ 70.3) สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยเด็กในวัยที่ต้องเข้าเรียน พบว่า ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาไม่สามารถไปโรงเรียนได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถที่เป็นปัญหาของผู้พิการ ในแต่ละกลุ่มโรค

สมรรถภาพทางการเคลื่อนไหว ตามแนวทางของ ICF	*เป็นปัญหา ราย(%)	**ไม่เป็นปัญหา ราย (%)	p-value
ปัญหาการเคลื่อนย้ายตัวเอง			
โรคหลอดเลือดสมอง	27 (38.0%)	44 (62.0%)	0.015*
บาดเจ็บสมอง	5 (50.0%)	5 (50.0%)	0.133
บาดเจ็บไขสันหลัง	3 (27.7%)	8 (72.7%)	1.000
โรคข้อ	20 (32.3%)	42 (67.7%)	0.206
กระดูกขาหัก	10 (18.2%)	45 (81.8%)	0.183
ปัญหาการเดิน			
โรคหลอดเลือดสมอง	31 (43.7%)	40 (56.3%)	0.915
บาดเจ็บสมอง	6 (60.0%)	4 (40.0%)	0.354
บาดเจ็บไขสันหลัง	6 (54.6%)	5 (45.4%)	0.553
โรคข้อ	30 (48.4%)	32 (51.6%)	0.442
กระดูกขาหัก	23 (41.8%)	32 (58.2%)	1.000
ปัญหาการเคลื่อนที่โดยอุปกรณ์ (รถเข็น/รถโยก)			
โรคหลอดเลือดสมอง	31 (43.7%)	40 (56.3%)	0.533
บาดเจ็บสมอง	6 (60.0%)	4 (40.0%)	0.222
บาดเจ็บไขสันหลัง	6 (54.6%)	5 (45.4%)	0.372
โรคข้อ	28 (45.2%)	34 (54.8%)	0.436
กระดูกขาหัก	22 (40.0%)	33 (60.0%)	1.000
ปัญหาการทำความสะอาดร่างกาย			
โรคหลอดเลือดสมอง	27 (38.0%)	44 (62.0%)	0.110
บาดเจ็บสมอง	6 (60.0%)	4 (40.0%)	0.071
บาดเจ็บไขสันหลัง	3 (27.3%)	8 (72.7%)	1.000
โรคข้อ	19 (30.7%)	43 (69.3%)	0.879
กระดูกขาหัก	13 (23.6%)	42 (76.4%)	0.338
ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ			
โรคหลอดเลือดสมอง	32 (45.1%)	39 (54.9%)	0.015*
บาดเจ็บสมอง	6 (60.0%)	4 (40.0%)	0.082
บาดเจ็บไขสันหลัง	4 (36.4%)	7 (63.6%)	0.751
โรคข้อ	22 (35.5%)	40 (64.5%)	0.553
กระดูกขาหัก	13 (23.6%)	42 (76.4%)	0.160

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สมรรถภาพทางการเคลื่อนไหว ตามแนวทางของ ICF	*เป็นปัญหา ราย(%)	**ไม่เป็นปัญหา ราย (%)	p-value
ปัญหาการใส่เสื้อผ้า			
โรคหลอดเลือดสมอง	40 (56.3%)	31 (43.7%)	0.000*
บาดเจ็บสมอง	7 (70.0%)	3 (30.0%)	0.036*
บาดเจ็บไขสันหลัง	5 (45.5%)	6 (54.5%)	0.524
โรคข้อ	21 (33.9%)	41 (66.1%)	1.000
กระดูกขาหัก	10 (18.2%)	45 (81.8%)	0.005*
ปัญหาการกินอาหาร			
โรคหลอดเลือดสมอง	37 (52.1%)	34 (47.9%)	0.001*
บาดเจ็บสมอง	7 (70.0%)	3 (30.0%)	0.035*
บาดเจ็บไขสันหลัง	3 (27.3%)	8 (72.7%)	0.755
โรคข้อ	23 (37.1%)	39 (62.9%)	0.659
กระดูกขาหัก	13 (23.6%)	42 (76.4%)	0.089
ปัญหาอาชีพรายได้			
โรคหลอดเลือดสมอง	69 (97.2%)	2 (2.8%)	0.544
บาดเจ็บสมอง	9 (90.0%)	1 (10.0%)	0.405
บาดเจ็บไขสันหลัง	11 (100%)	0	1.000
โรคข้อ	61 (98.4%)	1 (1.6%)	0.332
กระดูกขาหัก	55 (100%)	0	0.088
ปัญหาด้านนันทนาการ งานอดิเรก งานสังคม			
โรคหลอดเลือดสมอง	71 (100%)	0	1.000
บาดเจ็บสมอง	10 (100%)	0	1.000
บาดเจ็บไขสันหลัง	11 (100%)	0	1.000
โรคข้อ	62 (100%)	0	1.000
กระดูกขาหัก	54 (100%)	0	1.000

*เป็นปัญหา หมายถึง ระดับปัญหาหรือความยากลำบาก ปานกลาง รุนแรง และทั้งหมด (2-4)

**ไม่เป็นปัญหา หมายถึง ระดับปัญหาหรือความยากลำบาก ไม่เป็นปัญหา และ เป็นปัญหาเล็กน้อย (0-1)

หมายเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยแขนขาขาด ส่วนใหญ่ไม่มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหว และทำกิจวัตรประจำวัน จึงไม่นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบ ความสามารถที่เป็นปัญหา ในผู้พิการแต่ละโรค โดยนำข้อมูลเฉพาะโรคที่เป็น สาเหตุ 3 ลำดับแรก คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ โรคกระดูกขาหัก และโรคทางระบบประสาท ที่น่าจะ ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถ คือ โรคเบาเจ็บ สมองและบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีปัญหาด้านการขยับถ่าย การใส่เสื้อผ้า และการกินอาหารมากกว่าโรคอื่น ผู้ป่วยเบาเจ็บสมอง จะมีปัญหาด้านการใส่เสื้อผ้าและกินอาหาร มากกว่าโรคอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้ป่วยกระดูก ขาหัก พบว่า การใส่เสื้อผ้า มีปัญหาน้อยกว่าโรคอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความสามารถด้านอื่น ๆ คือ การเดิน การใช้รถเข็น การอาบน้ำ การประกอบ อาชีพ การเข้าสังคม ทุกโรคไม่มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการมีอายุเฉลี่ย 62.3 + 19.2 ปี และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้อง กับรายงานผู้พิการจาก WHO ปี 2011 ซึ่งพบว่า ปัจจุบัน ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับ จำนวนผู้พิการที่เพิ่มมากขึ้นทุกประเทศ จากการ สํารวจ 59 ประเทศ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่ม อายุ มากกว่า 65 ปี ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ (low income country) จะพบจำนวนผู้พิการมากกว่า ประเทศที่มีรายได้สูง (high income country) และ พบว่า เพศหญิง มีความชุกของผู้พิการมากกว่า เพศชาย ดังนั้น องค์การเพื่อความร่วมมือและ การพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Co-operation and Development) จึงแนะนำว่า ควรมีนโยบายในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อลดการเกิดความพิการในสังคม¹⁰

สาเหตุของความพิการ ของจังหวัดเชียงราย

พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง รองมาคือ โรคข้อ และกระดูกขาหัก ซึ่งอุบัติเหตุที่ เป็นสาเหตุ มีทั้งอุบัติเหตุทางจราจร และการหกล้ม เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศพบสาเหตุของความ พิกามีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ดังจะเห็นได้ จากจากรายงานของ บทความ disability – a global picture ของ WHO report on disability พบว่า ประเทศออสเตรเลีย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคข้อ โรคกระดูกสันหลัง โรคบกพร่องทางการได้ยิน โรคหัวใจและความดันสูง หลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม ในขณะที่เดียวกันประเทศแคนาดาพบ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคข้อ ปัญหากระดูกสันหลัง และการได้ยิน เช่นเดียวกับในอเมริกา สาเหตุที่พบ มากที่สุดคือ โรคข้อ รองลงมาคือ โรคหัวใจ¹⁰ ดังนั้น สาเหตุของความพิการที่พบโดยทั่วไปเกิดจากโรคข้อ โรคกระดูกสันหลัง

ระดับความสามารถของผู้พิการ พบว่า มีปัญหาทางอาชีพ การเข้าสังคม และการเดิน เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด จากการศึกษาโดยสัมภาษณ์ ผู้พิการในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า สาเหตุที่เป็น อุปสรรคต่อการประกอบอาชีพคือ งานไม่เหมาะสมกับ ความพิการ และไม่มีระบบขนส่งสาธารณะสำหรับผู้ พิการ สิ่งที่ผู้พิการต้องการสนับสนุนคือ การจัดหา งานที่เหมาะสมให้ (ร้อยละ 14.3) มีคนพาไปส่งที่ ทำงาน (ร้อยละ 11.6) และการฝึกอาชีพ (ร้อยละ 8.8)¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยและอัตราการมี งานทำของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่า ความสามารถในการขยับขี้นานพาหนะ ทำให้ผู้ป่วย สามารถกลับไปทำงานได้มากขึ้น¹² และการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการประกอบอาชีพอย่างอิสระของ ผู้พิการพบว่าแบ่งเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน 5 ปัจจัยแรก คือความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในอาชีพ ความขยันอดทนไม่ท้อแท้

การดูแลตัวเองได้อย่างอิสระ มีความซื่อสัตย์ และมีความมุ่งมั่น ส่วนปัจจัยภายนอก 5 ปัจจัยแรก คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หน่วยงานของรัฐ เทคโนโลยี เพื่อนและเครือข่ายในอาชีพ และมีต้นแบบ¹³ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอาจเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้อย่างอิสระ ร่วมกับสร้างแรงจูงใจให้ผู้พิการและครอบครัวในการกลับไปประกอบอาชีพ โดยเฉพาะผู้พิการที่ยังอยู่ในวัยทำงาน

ส่วนของการกลับไปเข้าสังคม มีการศึกษา¹¹ พบว่า ผู้พิการทุกประเภท ไม่สามารถออกนอกบ้านได้ร้อยละ 40 ผู้พิการที่ออกนอกบ้านได้ ส่วนใหญ่สถานที่ที่ต้องการไป คือ วัด สถานที่ท่องเที่ยว ห้างสรรพสินค้า สิ่งที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้ไม่ออกนอกบ้านคือ ไม่มีคนพาไป (ร้อยละ 36.6), ไม่ต้องการเป็นภาระของผู้อื่น (ร้อยละ 27.7) ไม่มีระบบการเดินทางที่เหมาะสม (ร้อยละ 22.3) ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สามารถเดินได้ หรือใช้รถเข็นนั่งคนพิการได้เอง และการขับขี่พาหนะได้เอง น่าจะส่งเสริมให้ผู้พิการกลับไปเข้าสังคมได้มากขึ้น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และบาดเจ็บสมอง มีปัญหาความสามารถในการกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า มากกว่ากลุ่มโรคอื่น เนื่องจากผู้ป่วยมีพหุพยาธิสภาพที่สมอง ทำให้อาจมีปัญหาด้านการรับรู้ ความจำ รวมทั้งอ่อนแรงครึ่งซีก จึงมีผลต่อกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้พิการกลุ่มอื่น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีพหุพยาธิสภาพที่สมอง จึงควรเน้นการฟื้นฟูในงานกิจกรรมบำบัด เช่น การประหม่นและกระตุ้นการกลืน ฝึกความสามารถของมือ และฝึกการทำกิจวัตรประจำวันให้มากขึ้น

ข้อจำกัด/จุดอ่อน ในงานวิจัยนี้ คือ ข้อมูลที่รวบรวมได้ มีเฉพาะผู้พิการที่มารับบริการที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ ยังไม่มีข้อมูล ICF จาก รพ.ชุมชน หากต้องการข้อมูลในระดับจังหวัด ควรมีการอบรมและทบทวนการประเมิน ICF

ในระดับ รพ.ชุมชน ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และออกแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล ระดับ รพ.ชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะที่จะนำไปใช้ปรับปรุงระบบการให้บริการ มีดังนี้

1. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของงานกิจกรรมบำบัด โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีพหุพยาธิสภาพที่สมอง เพื่อฝึก cognitive function, hand function, ADL training
2. หลังจากผู้พิการมารับบริการตรวจประเมินความพิการ ควรสอบถามเป้าหมาย ความคาดหวัง รวมทั้งแผนในการประกอบอาชีพของผู้พิการ เพื่อประสานงานนักสังคมสงเคราะห์ ให้บริการปัญหาด้านสังคมและแนะนำช่องทางการหารายได้หรือประกอบอาชีพต่อไป

สรุปผลการทำวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว ในจังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ระดับความสามารถในกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย และการเข้าสังคม ส่วนใหญ่มีปัญหามากที่สุด คือ ทางด้านการประกอบอาชีพ การเข้าสังคมกิจกรรมนันทนาการ และการเดิน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีพหุพยาธิสภาพที่สมอง จะมีปัญหาความสามารถในกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มโรคอื่น สาเหตุความพิการของไทยแตกต่างจากของออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกาในรายละเอียด การศึกษานี้พบสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด

การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งฟื้นฟูทางร่างกายให้ช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด การเดิน การขับขี่พาหนะ ฟื้นฟูด้านอาชีพ และสร้างแรงจูงใจให้กลับไปเข้าสังคม

จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหวต่อไป นอกจากนี้จะเห็นว่า ปัญหาผู้พิการไม่เพียงมีปัญหาด้านร่างกายเท่านั้น แต่ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนของหน่วยงานอื่น ๆ ด้วย เพื่อให้กลับมาเข้าสังคมได้ เช่น ทางลาด การขนส่งสาธารณะ เป็นต้น

REFERENCES

1. Mattawanukul T. Thailand report on disability 2019. [Internet]. Thailand, Department of empowerment of Persons with Disabilities, Ministry of Social Development and Human Security. [Cited 2019 Sep 20] Available from: <http://dep.go.th/uploads/Docutents/4700c4a5-791d-47c1-b8be-25e55a3559ddสถานการณ์คนพิการ%20มีค.62.pdf>.
2. The 2012 disability survey. [Internet]. Bangkok. National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology; 2014. [Cited 2019 Sep 23] Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสวัสดิการสังคม/ความพิการ/สำรวจความพิการ_2555/6.%20รายงานฉบับสมบูรณ์.pdf.
3. Bureau of Health Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary Statistics. International Classification of Functioning Disability and Health 2012. [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health; 2012. [Cited 2019 Sep 23] Available from: http://thcc.or.th/ICF/BOOK_ICF.pdf.
4. Tongsir S. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to develop database of persons with disabilities (PWDs). Srinagarind Med J 2013; 28(1): 131-42.
5. WHO Global disability action plan 2014-2021 [Internet]. Geneva, World Health Organization; 2015. [Cited 2020 May 17] Available from: <https://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>
6. Disability assessment in the context of disability determination 2017 [Internet]. Geneva, World Health Organization 2017. [Cited 2020 May 17] Available from: https://www.who.int/disabilities/disability_determination_consultancy/en/
7. Ceravolo MG. Practical aspects of impairment rating and disability determination. In: Cifu David X, Lew Henry L, editors. Braddom's Rehabilitation Care: a clinical handbook. Philadelphia: Elsevier; 2018.
8. Kate Duchowny, M.P.H., Philippa Clarke, Ph.D., and Mark D. Peterson, Ph.D., M.S. Muscle weakness and physical disability in older americans: longitudinal findings from the U.S. Health and retirement study: J Nutr Health Aging 2018; 22(4): 501-7.

9. Suzanne M. Dyer, Maria Crotty, Nicola Fairhall, Jay Magaziner, Lauren A. Beaupre, Ian D. Cameron, et al. Clinical review of the long-term disability outcomes following hip fracture: BMC Geriatrics 2016; 16(158): 1-18.
10. World report on disability 2011[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011. [Cited 2020 Jan 13] Available from: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/.
11. Tongsir S. Functioning data based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) classification system: implications for multidisciplinary rehabilitation plans for persons with disabilities: Journal of Health Systems Research 2013; 7(1): 99-113.
12. Vongpakorn P, Kovindha A. Employment Rate of Thais with spinal cord injury and predictive factors: J Thai Rehabil Med 2014; 24(1): 28-36.
13. Janejitvanich J. factors related to career success of persons with disabilities who are self-employed. Journal of Social Work 2019; 27(1): 111-36.