

อิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ

อิฐฐาภรณ์ บุญเริ่ม^{1*}, นพรัตน์ เสนาหา², สุภารัตน์ ทัพโพธิ์³

(วันที่รับบทความ: 8 มีนาคม 2569, วันที่แก้ไข: 1 พฤษภาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 27 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ โดยศึกษาในผู้ป่วยระยะกลางทั้งหมด จำนวน 172 คน จึงไม่มีการสุ่ม เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2568 – 9 มกราคม 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติก กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการตอบแบบสอบถาม จำนวน 122 คน เพศหญิง จำนวน 69 คน ร้อยละ 56.56 อายุเฉลี่ย 63.78 ปี (S.D.=16.09) ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน จำนวน 61 คน ร้อยละ 50.00 อาศัยนอกเขตเทศบาลเมือง จำนวน 101 คน ร้อยละ 82.79 ค่าอาหารเฉลี่ย 205.66 บาท (S.D.= 135.37) การขาดงานมีการลาออก/ว่างงาน จำนวน 56 คน ร้อยละ 45.90 เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพครบภายใน 6 เดือน ร้อยละ 37.70 และปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและต้นทุนทางอ้อมที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายอาหาร/เครื่องดื่ม ($OR_{adj}=10.11$, 95% CI: 1.41–27.30) การขาดรายได้ ($OR_{adj}=3.63$, 95% CI: 1.34–9.85) และอาชีพพนักงานบริษัท/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย ($OR_{adj}=3.20$, 95% CI: 1.15–8.93)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าต้นทุนทางอ้อมมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งควรนำไปใช้ในการวางแผนนโยบายเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยระยะกลางอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ, ฟื้นฟูสมรรถภาพ, ต้นทุนทางอ้อม, ผู้ป่วยระยะกลาง

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, ²อาจารย์, ³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ²กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

*Corresponding author: อิฐฐาภรณ์ บุญเริ่ม e-mail: ittapon.b@kkumail.com

The Influence of Indirect Costs on Access to Rehabilitation Services Among Intermediate Care Patients in Mueang Chaiyaphum District

Ittaporn Boonream^{1*}, Nopparat Senahad², Suparat Tappo³

(Received: 8th March 2026, Revised: 1st May 2026, Accepted: 27th May 2026)

Abstract

This study employed a cross-sectional analytical research design to examine the influence of indirect costs on access to rehabilitation services among intermediate care patients in Mueang Chaiyaphum District. The study included all 172 intermediate care patients; therefore, no random sampling was conducted. Data was collected between December 1, 2025, and January 9, 2026, using a structured interview questionnaire. Content validity was assessed by three experts, with all items yielding a content validity index greater than 0.50 and a reliability coefficient of 0.97. Descriptive and inferential statistics were used for data analysis, including multiple logistic regression, with a statistical significance level set at 0.05.

The results showed that 122 intermediate care patients completed the questionnaire. Of these, 69 were female (56.56%), with a mean age of 63.78 years (S.D. = 16.09). Sixty-one participants (50.00%) were unemployed or had no occupation, and 101 (82.79%) resided outside the municipal area. The average food expenditure was 205.66 baht (S.D. = 135.37). Fifty-six participants (45.90%) had resigned from or lost their jobs due to their condition. Only 37.70% of patients completed rehabilitation services within six months. Social determinants of health and indirect cost factors significantly associated with access to rehabilitation services included food and beverage expenditure ($OR_{adj} = 10.11$, 95% CI: 1.41–27.30), loss of income ($OR_{adj} = 3.63$, 95% CI: 1.34–9.85), and occupation as a company employee, general laborer, or self-employed trader ($OR_{adj} = 3.20$, 95% CI: 1.15–8.93).

The findings indicate that indirect costs play a significant role in access to rehabilitation services. These results should be applied to inform policy planning aimed at reducing financial burdens and improving equitable access to rehabilitation services for intermediate care patients.

Keywords: Accessibility, Rehabilitation, Indirect Cost, Intermediate-Stage Patients

¹Student, Mastre of Public Health Program, ²Lecturer, ³Registered Nurse, Senior Professional Level

¹Faculty of Public Health, Khon Kaen University, ²Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, ³Roi Et Provincial Public Health Office

*Corresponding author: Ittaporn Boonream e-mail: ittaporn.b@kkumail.com

บทนำ

ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (2561 - 2580) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดูแลระยะกลาง มีเป้าหมายในการลดความแออัดในโรงพยาบาล ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ได้รับบริการในสถานพยาบาลใกล้บ้าน พร้อมทั้งบูรณาการกับระบบบริการปฐมภูมิหลายภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนอย่างเหมาะสม⁽¹⁾ โดยในปี 2567 - 2568 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเร่งรัดในการยกระดับระบบบริการสาธารณสุขพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน สร้างความมั่นคงทางสุขภาพคนไทยทุกมิติ ทั้งการส่งเสริม ควบคุมป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน สะดวกและรวดเร็ว⁽²⁾ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ได้นำนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาขับเคลื่อนบูรณาการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด โดยมีเป้าหมายในการสร้างรากฐานระบบสุขภาพให้แข็งแกร่ง ให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น อายุยืนยาวเพิ่มขึ้น ในการยกระดับสาธารณสุขไทย แข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง ซึ่งในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางใน 4 กลุ่มโรค ซึ่งดูแลตั้งแต่เข้ารับรักษาภายในโรงพยาบาล จนกระทั่งมีสัญญาณชีพคงที่ เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แพทย์ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อให้ นักกายภาพบำบัดตรวจประเมิน ออกแบบวางแผนการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ สอนท่าออกกำลังกาย ให้แก่ผู้ป่วยและญาติกลับไปปฏิบัติตัวที่บ้าน

จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีรูปแบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยใน 2) ผู้ป่วยนอก และ 3) นอกสถานพยาบาล⁽³⁾ ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยในช่วงเวลาทองของชีวิต 6 เดือนแรกหลังได้รับบาดเจ็บ หากให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายทางกายภาพบำบัด ในช่วงหลังจากพ้นระยะวิกฤต จะช่วยลดความพิการและช่วยให้ฟื้นกลับคืนสู่ภาวะปกติได้⁽⁴⁾

ปัจจัยที่น่าสนใจที่อาจมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง คือ ต้นทุนทางอ้อม ซึ่งภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ทำให้คนไทยทุกวัยได้รับหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงในยามเจ็บป่วย⁽⁵⁾ ทำให้ไม่ต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังต้องประสบกับค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลแต่ละครั้ง เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ค่าน้ำมันรถ ค่าจ้างคนดูแล เป็นต้น⁽⁶⁾ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางกลุ่มเมื่อมาสถานพยาบาลตามนัดจะต้องประสบกับการสูญเสียรายได้จากการหยุดงาน การถูกหักเงินเดือน หรือถูกเลิกจ้างจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้

ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องที่บ้าน มีระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลผ่านความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยภูมิ ซึ่งมีส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านช่องทาง แอปพลิเคชันไลน์ โปรแกรม ThaiCOC และฐานข้อมูล IMC เมือง

ชัยภูมิ โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบสามารถกรอกข้อมูลรายงานผู้ป่วยผ่านระบบได้ จากการรายงานในระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยระยะกลาง อำเภอเมืองชัยภูมิ ณ เดือน สิงหาคม 2568 ยังพบปัญหาในการปฏิบัติงานดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ เช่น ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย การโยกย้ายที่อยู่อาศัย การติดต่อผู้ป่วย การออกเยี่ยมประเมินติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน ปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ญาติผู้ป่วยปฏิเสธการเยี่ยม ความปลอดภัยและภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระบบบริการในระดับพื้นที่จะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ ThaiCOC และ IMC รวมถึงการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพในชุมชน เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน อย่างไรก็ตามยังพบว่าการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่อำเภอเมืองชัยภูมียังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ร้อยละ 85 สะท้อนให้เห็นว่ามาตรการที่ดำเนินการอยู่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในบริบทของผู้ป่วยระยะกลาง ในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด และยังไม่มีการศึกษาเชิงประจักษ์ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยภูมิ ดังนั้น จึงยังมีช่องว่างขององค์ความรู้ (research gap) เกี่ยวกับอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟู

สมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลางในบริบทพื้นที่จริง ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนานโยบายและการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและเศรษฐกิจของประชาชนและใช้ในการวางแผนนโยบายในการส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม และต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยระยะกลางต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

สมมติฐาน

ผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพครบภายใน 6 เดือน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ โดยศึกษาในผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 172 คน ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2569

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม
1. เพศ 2. อายุ 3. สถานภาพสมรส 4. ระดับการศึกษา 5. อาชีพ 6. รายได้ 7. ที่อยู่อาศัย 8. สิทธิการรักษาพยาบาล 9. สถานพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 10. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล 11. ระดับความเครียด 12. ระดับความเจ็บปวด

ตัวแปรตาม

การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วยระยะกลางในเขต อำเภอเมืองชัยภูมิ
1. ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครบภายใน 6 เดือน 2. ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ครบภายใน 6 เดือน

ปัจจัยต้นทุนทางอ้อม
1. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 2. ค่าอาหาร 3. ค่าน้ำเชื้อเพลิง 4. ค่าจ้างคนดูแล 5. การขาดงาน 6. จำนวนผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง หรือ ผู้ให้ข้อมูล

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 172 คน ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2568 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและ คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยระยะกลางใน 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระยะกลางในระบบฐานข้อมูล ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง

(Traumatic Brain Injury) หรือ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) หรือ 4) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (Fragility hip fracture) รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิต และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะกลางตามเกณฑ์ ภายในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

2) เป็นผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนมาแล้ว ไม่นต่ำกว่า 1 เดือน

3) เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

4) เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่มีผู้ดูแลที่บ้าน อย่างน้อย 1 คน และอาศัยในเขตอำเภอเมือง ชัยภูมิ

5) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี โดยสามารถสื่อสาร และถามตอบภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

6) เป็นผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) เป็นผู้เสียชีวิตระหว่างเก็บข้อมูล

2) เป็นผู้ที่ย้ายที่อยู่อาศัย

3) เป็นผู้ที่ยังพักรักษาในโรงพยาบาล

4) เป็นผู้ที่ไม่สามารถติดต่อได้

5) เป็นผู้ที่ไม่ปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณสำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression⁽⁷⁾ และใช้สูตรปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระของค่า Variance Inflation Factor จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว จำนวน 127 คน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอที่สามารถอ้างอิงไป

ยังประชากรทั้งหมดเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 172 คน จึงไม่มีการสุ่ม ในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะกลางในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2568 – 9 มกราคม 2569 ได้รับการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 122 คน เนื่องจากผู้ป่วยระยะกลางเสียชีวิต ย้ายที่อยู่อาศัย เข้ารักษาในโรงพยาบาล ติดต่оไม่ได้ และปฏิเสธตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) ในลักษณะของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย โดยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ และแบบปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย 12 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับต้นทุนทางอ้อม เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ และแบบปลายเปิดให้เติมข้อความ จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 1 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยนำแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC)

พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และนำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 ชุด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น มีค่าเท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA Version 17 โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น โดยผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2568 ลำดับที่ 4.3.01: 36/2568 เลขที่ HE682168

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์หนังสือจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงขออนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ เพื่อขอเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

2) หลังจากได้รับอนุญาตและได้รับข้อมูล

จากโรงพยาบาลชัยภูมิแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัย จะโทรประสานเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการโดยสังเขปให้กับกลุ่มตัวอย่าง หากยินดีเข้าร่วม ผู้ช่วยนักวิจัยจึงจะลงพื้นที่ศึกษาและดำเนินการอธิบายรายละเอียดโครงการ และขอยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง โดยจะลงเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่บ้านหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยสะดวกปลอดภัย

3) ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยโดยละเอียดให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนใช้เวลาในการซักถามกรณีมีข้อสงสัย และขอยินยอมจากอาสาสมัคร หากอาสาสมัครยินยอมจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์จำนวน 19 ข้อ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 35 นาที

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะกลาง ภายในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 มีทั้งหมดจำนวน 172 คน ได้รับการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น จำนวน 122 คน ร้อยละ 70.93 เนื่องจากผู้ป่วยระยะกลางเสียชีวิต จำนวน 34 คน ร้อยละ 19.77 ย้ายที่อยู่อาศัย จำนวน 8 คน ร้อยละ 4.65 เข้ารักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2 คน ร้อยละ 1.16 ติดต่ไม่ได้ จำนวน 4 คน ร้อยละ 2.33 และปฏิเสธตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 คน ร้อยละ 1.16 โดยผู้ป่วยระยะกลางเป็นเพศหญิง จำนวน 69 คน ร้อยละ 56.56 และเพศชาย จำนวน 53 คน ร้อยละ 43.44 มีอายุเฉลี่ย 63.78 ปี(S.D.

=16.09) ในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 75 คน ร้อยละ 61.48 มีสถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 78 คน ร้อยละ 63.94 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 65 คน ร้อยละ 53.28 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน จำนวน 61 คน ร้อยละ 50.00 มีรายได้เฉลี่ย 6,804.92 บาท (S.D. = 8,316.80) มีที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลเมือง จำนวน 101 คน ร้อยละ 82.79 ส่วนใหญ่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาล จำนวน 115 คน ร้อยละ 94.26 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 39 คน ร้อยละ 31.97 และบ้าน จำนวน 25 คน ร้อยละ 20.49 มีผู้ดูแลเป็นบุตร จำนวน 49 คน ร้อยละ 40.16 มีระดับความเครียดอยู่ในระดับน้อย จำนวน 84 คน

ร้อยละ 68.85 และมีระดับความเจ็บปวดในระดับไม่ปวดเลยถึงปวดเล็กน้อย จำนวน 87 คน ร้อยละ 71.31 (ตารางที่ 1)

จากการศึกษาต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 181.56 บาท (S.D. = 134.99) มีค่าอาหารเฉลี่ย 205.66 บาท (S.D. = 135.37) มีค่าน้ำเชื้อเพลิงเฉลี่ย 154.75 บาท (S.D. = 150.24) และค่าจ้างคนดูแลเฉลี่ย 13.93 บาท (S.D. = 102.30) การขาดงานส่วนใหญ่มีการลาออกจากงานหรือว่างงาน จำนวน 56 คน ร้อยละ 45.90 และจำนวนญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลพาไปสถานพยาบาล โดยมีผู้ดูแล 1 คน จำนวน 63 คน ร้อยละ 51.64 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ปัจจัยของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
1. ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม		
1.1 เพศ		
ชาย	53	43.44
หญิง	69	56.56
1.2 อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 60 ปี	47	38.52
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	75	61.48
Mean = 63.78 ปี, S.D. = 16.09 ปี, Minimum = 24 ปี, Maximum = 90 ปี		
1.3 สถานภาพสมรส		
โสด	18	14.75
สมรส/คู่	78	63.94
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	26	21.31
1.4 ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียน	9	7.38

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ปัจจัยของ
ผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	65	53.28
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	9.83
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	7.38
อนุปริญญา/ปวส.	9	7.38
ปริญญาตรี	16	13.11
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.64
1.5 อาชีพ		
รัฐวิสาหกิจ	4	3.28
รับราชการ	5	4.10
พนักงานบริษัท	6	4.92
ค้าขาย	10	8.20
รับจ้างทั่วไป	12	9.83
เกษตรกร	24	19.67
ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน	61	50.00
1.6 รายได้ (บาท/เดือน)		
ไม่มีรายได้	16	13.11
1 – 5,000 บาท/เดือน	48	39.35
5,001 บาท/เดือนขึ้นไป	58	47.54
Mean = 6,804.92 บาท/เดือน, S.D. = 8,316.80 บาท/เดือน, Minimum = 0 บาท/เดือน, Maximum = 40,000 บาท/เดือน		
1.7 ที่อยู่อาศัย		
ในเขตเทศบาลเมือง	21	17.21
นอกเขตเทศบาลเมือง	101	82.79
1.8 สิทธิการรักษาพยาบาล		
ชำระเงินเอง	1	0.82
รัฐวิสาหกิจ	5	4.10
ประกันสังคม	10	8.20
สวัสดิการข้าราชการ	23	18.85
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	83	68.03

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ปัจจัยของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
1.9 สถานพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ศูนย์บริการสาธารณสุข	7	5.74
คลินิกนวดกรรม	17	13.93
บ้าน	25	20.49
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	39	31.97
โรงพยาบาล	115	94.26
1.10 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล		
บิดา มารดา	10	8.20
หลาน	12	9.84
ญาติพี่น้อง	16	13.11
สามี ภรรยา	35	28.69
บุตร	49	40.16
1.11 ระดับความเครียดของผู้ป่วยระยะกลาง (ST-5)		
ความเครียดน้อย (0 – 4 คะแนน)	84	68.85
ความเครียดปานกลาง (5 – 7 คะแนน)	28	22.95
ความเครียดมาก (8 – 9 คะแนน)	8	6.56
ความเครียดมากที่สุด (10 – 15 คะแนน)	2	1.64
1.12 ความเจ็บปวดของผู้ป่วยระยะกลาง		
ไม่ปวดเลย - ปวดเล็กน้อย	87	71.31
ปวดปานกลาง	18	14.76
ปวดค่อนข้างมาก - ปวดมากที่สุด	17	13.93
2. ต้นทุนทางอ้อม		
2.1 ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (บาท/ครั้ง)		
ไม่มีค่าใช้จ่าย	15	12.30
1 – 200 บาท/ครั้ง	73	59.83
201 บาท/ครั้ง ขึ้นไป	34	27.87
Mean = 181.56 บาท/ครั้ง, S.D. = 134.99 บาท/ครั้ง, Minimum = 0 บาท/ครั้ง, Maximum = 800 บาท/ครั้ง		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ปัจจัยของ
ผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
2.2 ค่าอาหาร (บาท/ครั้ง)		
ไม่มีค่าใช้จ่าย	10	8.20
1 – 200 บาท/ครั้ง	75	61.47
201 บาท/ครั้ง ขึ้นไป	37	30.33
Mean = 205.66 บาท/ครั้ง, S.D. = 135.37 บาท/ครั้ง, Minimum = 0 บาท/ครั้ง, Maximum = 890 บาท/ครั้ง		
2.3 ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง (บาท/ครั้ง)		
ไม่มีค่าใช้จ่าย	30	24.59
1 – 200 บาท/ครั้ง	62	50.82
201 บาท/ครั้ง ขึ้นไป	30	24.59
Mean = 154.75 บาท/ครั้ง, S.D. = 150.24 บาท/ครั้ง, Minimum = 0 บาท/ครั้ง, Maximum = 1000 บาท/ครั้ง		
2.4 ค่าจ้างคนดูแล (บาท/ครั้ง)		
ไม่มีค่าใช้จ่าย	119	97.54
มีค่าใช้จ่าย	3	2.46
Mean = 13.93 บาท/ครั้ง, S.D. = 102.30 บาท/ครั้ง, Minimum = 0 บาท/ครั้ง, Maximum = 1000 บาท/ครั้ง		
2.5 การขาดงาน		
ไม่ได้ขาดงาน	47	38.52
ขาดงาน 1 วัน	17	13.94
ขาดงาน 2 – 3 วัน	1	0.82
ขาดงาน 4 – 7 วัน	0	0.00
ขาดงาน มากกว่า 7 วัน	1	0.82
ลาออกจากงาน/ว่างงาน	56	45.90
2.6 จำนวนญาติหรือผู้ดูแลพาไปสถานพยาบาล		
ไปด้วยตนเอง	23	18.85
มีผู้ดูแลพาไป 1 คน	63	51.64
มีผู้ดูแลพาไป 2 คนขึ้นไป	36	29.51

จากการศึกษาการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ครบภายใน 6 เดือน จำนวน

76 คน ร้อยละ 62.30 และได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครบภายใน 6 เดือน จำนวน 46 คน ร้อยละ 37.70 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
1. การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง		
ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครบภายใน 6 เดือน	46	37.70
ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ครบภายใน 6 เดือน	76	62.30

ผลการศึกษาอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha = 0.05$) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายอาหาร/เครื่องดื่ม มากกว่า 200 บาท/ครั้ง มีโอกาสเข้าถึงบริการครบ เป็น 10.11 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีค่าใช้จ่าย ($OR_{adj}=10.11$, 95%

CI: 1.41 – 27.30, p-value = 0.021) ผู้ที่ขาดรายได้เมื่อเข้ารับบริการมีโอกาสเข้าถึงบริการครบ เป็น 3.63 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่ขาดรายได้หรือกลุ่มผู้ว่างงาน ($OR_{adj}=3.63$, 95% CI: 1.34 – 9.85, p-value = 0.011) และผู้ที่มีอาชีพพนักงานบริษัท/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย มีโอกาสเข้าถึงบริการครบ เป็น 3.20 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มเกษตรกร ($OR_{adj}=3.20$, 95% CI: 1.15 – 8.93, p-value = 0.026) เมื่อทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกของอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	การเข้าถึง (ร้อยละ)	AOR	95%CI	p-value
1. ค่าอาหาร/เครื่องดื่มระหว่างการรอรับบริการ (บาท/ครั้ง)					
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	25	12(32.43)	ref	-	-
1-200 บาท/ครั้ง	49	26(34.67)	1.22	0.47-3.16	0.679
>200 บาท/ครั้ง	2	8(80.00)	10.11	1.41-27.30	0.021*

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกของอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	การเข้าถึง (ร้อยละ)	AOR	95%CI	p-value
2. การขาดรายได้จากการเข้ารับบริการ					
ไม่ขาด/ว่างงาน	61	29(32.22)	ref	-	-
ขาดรายได้	15	17(53.13)	3.63	1.34 – 9.85	0.011*
3. อาชีพ					
เกษตรกร	34	12(26.09)	ref	-	-
ข้าราชการ	8	7(46.67)	2.23	0.61-8.20	0.224
พนักงานบริษัท/รับจ้างทั่วไป/ ค้าขาย	34	27(44.26)	3.20	1.15-8.93	0.026*

*หมายเหตุ: ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถิติการรักษาพยาบาล

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า ต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านมาสถานพยาบาลเฉลี่ย 181.56 บาท (S.D. = 134.99) มีค่าใช้จ่าย 1 ถึง 200 บาท จำนวน 73 คน ร้อยละ 59.83 จะเห็นได้ว่า ในการเดินทางเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องจ่ายค่าเดินทาง เพื่อมารับบริการที่สถานพยาบาลตามนัด แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีค่าใช้จ่ายในค่าเดินทางไป-กลับโรงพยาบาล จำนวน 443.10 ± 75.00 บาท⁽⁸⁾ จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการเดินทางในต่างจังหวัดมีจำนวนเงินน้อยกว่า ค่าใช้จ่ายเดินทางในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากในต่างจังหวัดมีเส้นทาง การเดินทางมาสถานพยาบาลไม่ซับซ้อนและไม่เผชิญกับปัญหา

การจราจรติดขัด จึงทำให้มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่ถูกกว่า นอกจากนี้ผู้ป่วยระยะกลางยังมีค่าอาหารเมื่อมาเข้ารับบริการในสถานพยาบาลในแต่ละครั้งเฉลี่ย 205.66 บาท (S.D. = 135.37) ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่าย 1 ถึง 200 บาท จำนวน 75 คน ร้อยละ 61.47 จะเห็นได้ว่า ในเดินทางเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องจ่ายเพื่อดำรงชีพ โดยจ่ายอาหารและเครื่องดื่มในขณะรอเข้ารับบริการ แตกต่างการศึกษาก่อนหน้านี้ผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า มีค่าใช้จ่ายค่าอาหาร จำนวน 90.42 ± 20.80 บาท⁽⁸⁾ จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายค่าอาหารในปัจจุบันมีราคาเพิ่มสูงขึ้น ค่าครองชีพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผลการศึกษาของค่าอาหารมีราคาสูงกว่าผลจากการศึกษาในอดีต ทั้งนี้ในการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีผู้ดูแลติดตามมาด้วย จำนวน 1 คน ผลการศึกษา พบว่า มีค่าใช้จ่ายในการจ้างคนดูแลใน

แต่ละครั้งเฉลี่ย 13.93 บาท (S.D. = 102.30) แต่ ผลการศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีค่าใช้จ่ายในการจ้าง ผู้ดูแล จำนวน 119 คน ร้อยละ 97.54 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยระยะกลางในอำเภอเมืองชัยภูมิได้รับการดูแลจากเครือญาติทั้งที่บ้านและในการพามา รับบริการในสถานพยาบาล จึงไม่มีค่าใช้จ่ายในการ จ้างผู้ดูแล แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าของผู้ ที่การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลมี ค่าใช้จ่ายค่าจ้างผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล จำนวน 292.00 ± 46.00 บาท⁽⁸⁾ และผลการศึกษา พบว่า ด้านการขาดงาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการลาออกจาก งานหรือว่างงาน จำนวน 56 คน ร้อยละ 45.90 จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการเจ็บป่วยหลังจาก เจ็บป่วยมีความหลงเหลือความบกพร่องทางด้าน ร่างกาย จนไม่สามารถกลับไปดำเนินชีวิต ตามปกติได้ จึงได้ลาออกจากงานหรือว่างงาน แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ชนบท ประเทศจีน มี การว่างงาน เกษียณอายุ หรือออกจากงาน ร้อยละ 71.30⁽⁹⁾ จะเห็นได้ว่า การว่างงานหลังจาก เจ็บป่วยในประเทศไทยต่ำกว่าในต่างประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจของคนใน ประเทศในการให้โอกาสผู้ป่วยกลับเข้าทำงานได้ และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขใน ประเทศ

ในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของ ผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า ผู้ป่วยระยะกลางได้รับ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ครบภายใน 6 เดือน จำนวน 76 คน ร้อยละ 62.30 และ ได้รับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ครบภายใน 6 เดือน จำนวน 46 คน ร้อยละ 37.70 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยได้เข้าถึง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลและที่

บ้านโดยนักกายภาพบำบัด แต่ส่วนใหญ่เข้าถึง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ครบตามเกณฑ์ที่ กำหนด ซึ่งอย่างน้อยควรได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพ จำนวน 1 ครั้งต่อเดือน ตลอด ระยะเวลา 6 เดือน ที่อยู่ในช่วงผู้ป่วยระยะกลาง⁽³⁾ จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในช่วงเวลาที่ทองของ ชีวิตที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ นำไปสู่การมีภาวะพึ่งพิงระยะยาว แตกต่างจาก การศึกษาก่อนหน้าของผู้ป่วยระยะกลางใน จังหวัดลำปาง พบว่า สามารถเข้ารับการฟื้นฟู สมรรถภาพครบระยะเวลา 6 เดือน ร้อยละ 83.8⁽¹⁰⁾

ปัจจัยที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟู สมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ได้แก่ ต้นทุน ทางอ้อม ด้านค่าใช้จ่ายอาหาร/เครื่องดื่ม และการ ขาดรายได้ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มี ค่าใช้จ่ายอาหาร/เครื่องดื่ม มีโอกาสเข้าถึงบริการ ครบ เป็น 10.11 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มี ค่าใช้จ่าย ($OR_{adj}=10.11$, 95% CI: 1.41 – 27.30) โดยพบว่ากลุ่มที่เข้ารับบริการครบเป็น กลุ่มที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเหล่านี้ อาจสะท้อนได้ กว่ากลุ่มที่ภาวะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอใน การเข้าถึงบริการ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้มี ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีรายได้ครัวเรือนที่ สูงมีโอกาสได้รับการทำกายภาพบำบัดมากกว่า กลุ่มรายได้ต่ำสุด เป็น 2.01 เท่า ($OR = 2.01$, 95% CI = 1.81 - 2.24)⁽¹¹⁾ นอกจากนี้จากผล การศึกษา พบว่า ผู้ที่ขาดรายได้เมื่อเข้ารับบริการ มีโอกาสเข้าถึงบริการครบเป็น 3.63 เท่า เมื่อ เทียบกับผู้ไม่ขาดรายได้หรือว่างงาน ($OR_{adj}=3.63$, 95% CI: 1.34 – 9.85, p-value =

0.011) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับความบกพร่องทางร่างกายจำเป็นต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ต้องหยุดงาน ขาดงาน หรือ ลาออกจากงาน ส่งผลให้สูญเสียรายได้ สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสหยุดงานเป็น 4.20 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ป่วย ($OR = 4.20, 95\% CI = 2.97 - 5.60$)⁽¹²⁾ และจากผลการศึกษา พบว่า ในผู้ที่มิอาชีพพนักงานบริษัท/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย มีโอกาสเข้าถึงบริการครบ เป็น 3.20 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มเกษตรกร ($OR_{adj}=3.20, 95\% CI: 1.15 - 8.93$) โดยจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยระยะกลางในกลุ่มพนักงานบริษัทหรือรับจ้างทั่วไปหรืออาชีพค้าขายมีโอกาเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่ากลุ่มอาชีพเกษตรกร เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ จึงมีแรงผลักดันให้เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของการใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้พิการทางกาย ในประเทศยูกันดา พบว่า ในกลุ่มอาชีพรับจ้าง มีโอกาสเข้ารับบริการ เป็น 2.27 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการจ้างงาน ($OR = 2.27, 95\%CI = 1.34 - 3.85$)⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ ล้วนประสบกับอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมดังกล่าวเมื่อมีการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลในแต่ละครั้ง

สรุปผลการวิจัย

ในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ครบระยะเวลา 6 เดือน ตามเกณฑ์ผู้ป่วยระยะกลางที่

กำหนด โดยในการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางแพทย์ ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ ในผลการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรค่าใช้จ่ายอาหาร/เครื่องดื่ม การขาดรายได้ และอาชีพในกลุ่มของพนักงานบริษัท/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะกลางเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในช่วงวัยทำงานได้เข้าถึงบริการ โดยไม่ถือว่าเป็นการขาดงานหรือให้ออกจากงานและให้สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ โดยปรับสภาพงานให้เอื้อต่อการทำงานได้อย่างเหมาะสม และควรมีการส่งเสริมให้เข้าถึงบริการในทุกพื้นที่ โดยสนับสนุนบริการรถรับส่งในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล รวมถึงการจัดบริการคลินิกฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกในชุมชนโดยนักกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ และสม่ำเสมอในพื้นที่ห่างไกล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความเมตตาและกรุณาจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนการศึกษา จากกลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณาจารย์ อาจารย์ ที่ปรึกษาที่คอยให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมาและชัยภูมิที่ให้โอกาสทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูล ตลอดจนครอบครัวที่

ให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา และผู้ที่มีส่วนร่วมที่มีได้
กล่าวนามไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
ด้านสาธารณสุข: แผนงาน Service
Excellence. กรุงเทพฯ:กระทรวงสาธารณสุข;
2561.
2. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายกระทรวง
สาธารณสุข พ.ศ. 2567-2568. กรุงเทพฯ:
กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ
แพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์. คู่มือการฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for
Intermediate care สำหรับบุคลากรทาง
การแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
(Service Plan) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567.
2567.
4. สภากายภาพบำบัด. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate
Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตาม
แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service
Plan) ฉบับปรับปรุง 2567. กรุงเทพฯ: สภา
กายภาพบำบัด; 2567.
5. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการ
กฤษฎีกา; 2545.
6. Wongsuay S. Factors Associated with
Direct Non-medical Costs of Outpatients
in the Community Hospital and Health
Promoting Hospitals in Kokha District: a
Cross-sectional Survey. Vajira Medical
Journal: Journal of Urban Medicine.
2019;63(4):239-46.
7. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple
method of sample size calculation for
linear and logistic regression. Stat Med.
1998;17(14):1623-34.
8. สุวรรณา เขียงขุนทด และคณะ. การศึกษาภาระ
ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของ
ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารพุทธ
จิตวิทยา. 2565;7(2):172-85.
9. Ouyang F, Wang Y, Huang W, Chen Y,
Zhao Y, Dang G, et al. Association
between socioeconomic status and
post-stroke functional outcome in
deprived rural southern China: a
population-based study. BMC Neurol.
2018;18(1):12.
10. เขมินทรา พันธุ์บุญปลูก และคณะ. ผลลัพธ์
และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยระยะกลางใน
จังหวัดลำปาง. วารสารกรมการแพทย์.
2565;48(3):58-66.
11. Kjærvi C, Gjertsen JE, Stensland E,
Uleberg B, Taraldsen K, Søreide O.
Impact of physiotherapy access on
health-related quality of life following
hip fracture: an observational study on
30 752 hip fractures from the Norwegian
Hip Fracture Register 2014-2018. BMJ
Open. 2024;14(6).
12. Girotra T, Lekoubou A, Bishu KG,
Ovbiagele B. A contemporary and
comprehensive analysis of the costs of

- stroke in the United States. *J Neurol Sci.* 2020; 410:116643.
13. Zziwa S, Babikako H, Kwesiga D, Kobusingye O, Bentley JA, Oporia F, et al. Prevalence and factors associated with utilization of rehabilitation services among people with physical disabilities in Kampala, Uganda. A descriptive cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1453.