



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้

ในการจัดบริการการให้คำปรึกษา

เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล



รายงานวิจัย

การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษา
เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

(A study of access to and feasibility of rehabilitation counseling for
people living with disabilities in hospital)

(ข้อตกลงเลขที่ สวรส.61-061)

โดย

นายสุรเดช	ดวงทิพย์สิริกุล
นางสาววิไลลักษณ์	แสงศรี
นางสาวสลักจิต	ชื่นชม
ภก.จิรวิษณุ	ยาดี
นางสาวจิตติ	วิสัยพรหม
ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ	ตันติเวสส

เสนอ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สิงหาคม 2562

การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการในโรงพยาบาล

A study of access to and feasibility of rehabilitation counseling for people living with disabilities in hospital

คณะผู้วิจัย

สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
วิไลลักษณ์ แสงศรี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
สลักจิต ชื่นชม	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
จิรวิษณุ ยาดิ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
จิตติ วิสัยพรหม	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เพื่อช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่รับคำปรึกษา รู้จัก เข้าใจ และยอมรับตนเอง มีความมั่นใจในความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องมีทักษะในการตัดสินใจ สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมด้วยตนเองได้

ทั้งนี้ใน พ.ศ. 2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดกระบวนการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อ/ประเด็นสิทธิประโยชน์/การเข้าถึงบริการ เข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยประเด็นเรื่องการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้ผ่านการคัดเลือกเพื่อเข้าสู่การประเมิน เพื่อนำผลการศึกษามาประกอบการพิจารณาด้านสิทธิประโยชน์ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อคนพิการ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และผู้ที่มีความสนใจ รวมถึงผู้กำหนดนโยบายด้านสิทธิประโยชน์และระบบบริการ เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์การเข้าถึงบริการและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สิงหาคม 2562

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในการสนับสนุนทุนวิจัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ในการสนับสนุนข้อมูลการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่การศึกษาที่อนุเคราะห์ในการเข้าถึงข้อมูล บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล และคนพิการทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูล รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกแห่งในการให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการศึกษา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จากวิทยาลัยราชสุตา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลปทุมธานี สำหรับการให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

อนึ่ง HITAP เป็นองค์กรวิจัยกึ่งอิสระภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ภายใต้โครงการเมธีวิจัยอาวุโส (RTA5980011) ทั้งนี้ผลการศึกษา การตีความ และข้อสรุปที่ได้จากรายงานฉบับนี้ไม่ได้แสดงทัศนคติของหน่วยงานผู้ให้ทุนแต่อย่างใด

บทนำ การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นการช่วยบุคคลให้เผชิญกับผลที่เกิดจากความพิการโดยการให้คำปรึกษาด้านส่วนตัว การแพทย์ การศึกษา สังคม อาชีพ และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจ และยอมรับกับความพิการที่เกิดขึ้น มีความมั่นใจในความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องมีทักษะในการตัดสินใจสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมด้วยตนเองได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) ขอบเขตการปฏิบัติงานและแนวปฏิบัติมาตรฐาน (สากล) ในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 2) การเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล 3) ความเป็นไปได้และรูปแบบการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมในโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ การสำรวจโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยแบบสอบถามทางไปรษณีย์ การสอบถามคนพิการที่เคยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลและสถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จำนวน 150 คน และการวิเคราะห์ฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลทุกระดับ รวมถึงโรงเรียนแพทย์ และสถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ผลการศึกษา โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับร้อยละ 80.0 ร้อยละ 69.7 และร้อยละ 60.7 ตามลำดับ) แต่ส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาไปพร้อมกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ บุคลากรส่วนใหญ่ที่ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ คือ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด แต่ยังขาดทักษะและความรู้ที่จำเป็น เช่น การแนะนำเรื่องการศึกษาต่อ อาชีพ รวมถึงเทคนิคการให้คำปรึกษาด้านจิตใจ ส่วนสถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มีนักวิชาการศึกษาที่ทำหน้าที่เป็นนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยเฉพาะ จากข้อจำกัดด้านบุคลากรวิชาชีพที่เหมาะสมในการให้บริการ คือ นักกายภาพบำบัดและพยาบาลวิชาชีพ แต่ต้องได้รับการฝึกอบรมด้านการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเพิ่มเติม ทั้งนี้ควรคำนึงถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ด้านคนพิการที่ได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจที่ดีต่อการได้รับบริการและมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง บุคลากรด้านงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการส่วนใหญ่เห็นสมควรให้การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นบริการเฉพาะ โดยพิจารณาเพิ่มเป็นรายการฟื้นฟูสมรรถภาพของ สปสช. แต่ต้องมีการกำหนดมาตรฐาน กำหนด

วิชาชีพที่สามารถปฏิบัติงาน และเงื่อนไขการบันทึกการให้บริการ อย่างไรก็ตามปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

สรุป การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นบริการที่สำคัญทั้งต่อคนพิการและญาติ โดยการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจำเป็นต้องมีเทคนิคหรือทักษะเฉพาะทางและต้องปฏิบัติตามมาตรฐาน แต่ปัจจุบันประเทศไทยยังขาดความพร้อมในการให้บริการในหลายด้านโดยเฉพาะด้านกำลังคนและแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้นหากจะมีการผลักดันให้เกิดการบริการในโรงพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบ หรือเพิ่มเป็นรายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องควรร่วมมือกันจัดทำแนวทางมาตรฐานการปฏิบัติงาน และจรรยาบรรณสำหรับนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงการสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเพื่อให้เกิดบริการอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

Introduction: Rehabilitation counselling for disabled is a type of therapy that involves assisting people who are experiencing disability to encounter with the impact of disability, health conditions and disadvantage on individuals' lives. This can be done by providing advice or counselling on personal matters, medical conditions, education, social, vocation, and assistive technologies. Rehabilitation counselling for disabled aims to help people with disability and others gain better understanding of the impact of disability and accept it. Moreover, it helps disabled people in achieving a sense of confidence to find their own solutions to problems as well as building up their decision-making skills in order to make appropriate decision on the way they live their lives.

Objectives: to study 1) the scope and standard practice guideline of rehabilitation counselling in other countries 2) the access to rehabilitation counselling in hospitals 3) an appropriate service provision model and feasibility of rehabilitation counselling in hospital setting

Methods: This study used both quantitative and qualitative approaches. The quantitative approach included a hospital survey on availability of rehabilitation counselling for disabled people, patient satisfaction survey, secondary analysis of quantitative data derived from National Health Security Office (NHSO) database. A mail survey was used to gather data from all public hospitals in Thailand. This was done in order to explore the availability of rehabilitation and counselling services for disabled people. Patient satisfactions survey were conducted with 150 patients who have received rehabilitation counselling in 10 hospitals as well as Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute (SNMRI). Quantitative data derived from NHSO database was analyzed to explore the number of patients who have received each type of rehabilitation service from fiscal year 2015 (B.E.2558) to 2017 (B.E. 2560) The qualitative approach included narrative literature review, an in-depth interview, and focus group discussion with services providers involved in providing rehabilitation services in hospital at all levels which also included medical schools and SNMRI.

Results: There were rehabilitation counselling services available in most public hospitals (about 80.0% of tertiary hospitals, 69.7% of secondary hospitals, and 60.7% of primary hospitals being surveyed). Yet, most of rehabilitation counselling service reported was merely simple advice given along with usual rehabilitation activities rather than in-depth counselling.

Most rehabilitation counsellors were physiatrists, physiotherapist and occupational therapist. However, necessary skills and knowledge including education and career advice, and psychological counselling techniques still find lacking in these professionals. Meanwhile, SNMRI appointed a public health technical officer who has a degree in rehabilitation counselling to act as a rehabilitation counsellor. Taking the shortage of personnel with appropriate qualification into account, this study suggests that physiotherapist and registered nurse should take up a rehabilitation counsellor role. However, additional capacity building on counselling is required. Also, additional workload for those professionals, especially in tertiary and secondary hospitals should be seriously taken into consideration. Most key informants agreed that rehabilitation counselling should be separated from usual rehabilitation activities and should be reimbursable according to NHSO reimbursement criteria. They further concurred that in order to make this service reimbursable, standard practice guideline, qualifications of service providers, and reimbursement data entry guidance should be established. Unfortunately, Thailand has no standard practice guideline for rehabilitation counselling in the present time. At patient end, most of disabled people being surveyed reported to have good satisfaction level and a medium quality of life.

Conclusion: Rehabilitation counselling is essential for both disabled people and caregivers. Specific counselling technique and standard practice guideline are prerequisite conditions for providing rehabilitation counselling services. Currently, there are problems related to readiness of health facilities for rehabilitation counselling service, particularly those involved personnel and standard practice guideline matters. If this service will be fully implemented in all public hospitals or be separated from usual rehabilitation service according to the NHSO reimbursement criteria, all agencies and stakeholders involved should jointly develop standard practice guideline and code of conduct as well as support capacity building in rehabilitation counselling in order to provide such in more efficient and sustainable manners.

1 บทนำ	13
1.1 หลักการและเหตุผล	13
1.2 วัตถุประสงค์	14
2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
2.1 ความหมาย จำนวน และสถิติคนพิการ	16
2.2 การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	18
2.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ	18
2.4 ความเป็นไปได้	20
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	21
2.5.1 การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	21
2.5.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ	23
2.6 กรอบแนวคิดการศึกษา	29
3 ระเบียบวิธีวิจัย	33
3.1 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	33
3.2 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	34
4 ผลการศึกษา.....	37
4.1 ขอบเขตการปฏิบัติงาน และแนวปฏิบัติมาตรฐาน (สากล) ในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	37
4.2 การเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล	45
4.3 ความเป็นไปได้และรูปแบบการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมในโรงพยาบาล	61
5 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา.....	68
5.1 สรุปผลการศึกษา	68

5.2 อภิปรายผลการศึกษา	72
6 I เอกสารอ้างอิง.....	81
ภาคผนวก	86
1. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล.....	87
1.1 การสำรวจโรงพยาบาล	87
1.2 การสำรวจคนพิการ	89
1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก	92
1.4 การอภิปรายกลุ่ม.....	92

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ.....	27
ตารางที่ 2 ประเด็นและรายละเอียดที่ใช้ในการศึกษา.....	31
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ.....	46
ตารางที่ 4 รูปแบบบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล	48
ตารางที่ 5 จำนวนการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำแนกตามประเภท โรงพยาบาล	48
ตารางที่ 6 จำนวนการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถาบันสิรินธรเพื่อการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.....	49
ตารางที่ 7 บุคลากรที่ให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลจำแนกตาม ประเภทโรงพยาบาล	50
ตารางที่ 8 ระยะทางจากบ้านคนพิการถึงสถานบริการ.....	51
ตารางที่ 9 ผลการประเมินความพึงพอใจการรับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำแนกตามมิติที่ใช้ประเมินและตามรายชื่อ.....	58

รูปที่ 1 กรอบการศึกษา	30
รูปที่ 2 ประเภทบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล	47
รูปที่ 3 ขั้นตอนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป.....	53
รูปที่ 4 ขั้นตอนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในสถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งชาติ..	55
รูปที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจการรับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำแนกตามมิติที่ใช้ประเมิน	57
รูปที่ 6 คุณภาพชีวิตคนพิการ ตามแบบประเมินขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI).....	59
รูปที่ 7 คุณภาพชีวิตคนพิการ ตามแบบประเมิน VAS และ EQ5D ฉบับภาษาไทย	59

1.1 หลักการและเหตุผล

คนพิการเป็นกลุ่มประชากรที่อาจมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในด้านต่าง ๆ เช่น การเพิ่มสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่นำไปสู่ความพิการ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการขยายตัวของอุตสาหกรรมการผลิตและการท่องเที่ยว ซึ่งนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานและจราจร หรือแม้แต่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีการใช้ชีวิตเร่งรีบ มีการแข่งขันสูง ซึ่งอาจนำไปสู่ความพิการทางจิตได้เช่นกัน [1] ด้านข้อมูลสถิติจำนวนคนพิการในประเทศไทย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ รายงานว่าคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการสะสมตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ที่มีชีวิตอยู่ มีจำนวนประมาณ 1.8 ล้านคน [2] ในขณะที่ คนพิการที่ขึ้นทะเบียนสะสมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มีจำนวนประมาณ 1.2 ล้านคน [3]

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นกระบวนการหนึ่งในการเสริมสร้างสมรรถภาพหรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้นโดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคมและการฝึกอาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงาน หรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนปกติ ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 15 (1) บัญญัติให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนตามมาตรา 14 ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างทางสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง [4] และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 (1) ได้บัญญัติให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ได้แก่ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น [5] นอกจากนี้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 ข้อที่ 2 ได้กำหนดให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 26 รายการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น การแนะนำ การให้คำปรึกษา และการจัดการเป็นรายกรณี กิจกรรมบำบัด และพฤติกรรมบำบัด เป็นต้น [6] สำหรับคนพิการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิ ท.74 จะได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยมีสิทธิประโยชน์หลัก ได้แก่ บริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ รวมถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยไม่เสียค่าบริการ และสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการของรัฐทุกหน่วย และยังได้รับสิทธิเฉพาะสำหรับคน

พิการ ได้แก่ การได้รับสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ และสิทธิได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งในและนอกหน่วยบริการ ใน 9 รายการหลักประกอบด้วย 1) กายภาพบำบัด 2) กิจกรรมบำบัด 3) การประเมิน/แก้ไขการพูด 4) จิตบำบัด 5) พฤติกรรมบำบัด 6) การฟื้นฟูการได้ยิน 7) การฟื้นฟูการเห็น 8) Early Intervention และ 9) Phenol block [7, 8] โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 พบว่ามีคนพิการที่มาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าวจำนวน 184,359 คน [9]

การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยเป็นการช่วยบุคคลให้เผชิญกับผลที่เกิดจากความพิการ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะความพิการ คนพิการต้องเผชิญกับความตึงเครียดซึ่งส่งผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เกิดปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ ความรู้สึกด้อย ความวิตกกังวล และความคับข้องใจ หากมีความคิดเช่นนี้มากขึ้น จะทำให้คนพิการแยกตนเองไปอยู่โดดเดี่ยว และไม่สามารถปรับตนเองเข้ากับสังคมได้ในที่สุด การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่รับคำปรึกษารู้จักและเข้าใจตนเอง และยอมรับตนเอง มีความมั่นใจในความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องมีทักษะในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมด้วยตนเองได้ [10]

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเป็นกระบวนการที่สำคัญ แต่ในทางปฏิบัติในปัจจุบันยังพบปัญหาเรื่องการจัดบริการและการเข้าถึงบริการดังกล่าวในโรงพยาบาล ทั้งนี้หากพิจารณารายการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของ สปสช. ในจำนวน 9 รายการจะพบว่าไม่มีบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการของคนพิการที่ต้องได้รับการปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

ทั้งนี้ ใน พ.ศ. 2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดกระบวนการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกรหัสข้อ/ประเด็นสิทธิประโยชน์/การเข้าถึงบริการ เข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเรื่องการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลผ่านการจัดลำดับความสำคัญ และคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้มีมติให้ศึกษาเพื่อประเมินด้านการเข้าถึง และรูปแบบหรือความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษา เพื่อนำผลการศึกษามาประกอบการพิจารณาด้านสิทธิประโยชน์ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาขอบเขตการปฏิบัติงาน และแนวปฏิบัติมาตรฐาน (สากล) ในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- 2) เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

3) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และรูปแบบการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมในโรงพยาบาล

2 | ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมาย จำนวน และสถิติคนพิการ

คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่น ๆ ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป [11] ทั้งนี้ตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดประเภทความพิการไว้เป็น 7 ประเภท ได้แก่ 1) ความพิการทางการเห็น 2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5) ความพิการทางสติปัญญา 6) ความพิการทางการเรียนรู้ และ 7) ความพิการทางออทิสติก [2]

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการรายงานว่าคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการสะสมตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ที่มีชีวิตอยู่ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,800,499 คน โดยมีคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมากที่สุด คือ 875,717 คน รองลงมา ได้แก่ พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 330,488 คน พิกัดทางการเห็น 186,639 คน พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม 134,309 คน พิกัดทางสติปัญญา 126,322 คน ออทิสติก 10,482 คน พิกัดทางการเรียนรู้ 8,674 คน พิกัดมากกว่า 1 ประเภท 116,663 คน และไม่ระบุ 11,205 คน [3]

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รายงานจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียนสะสมปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จำแนกตามประเภทความพิการ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,233,555 คน แบ่งเป็น พิกัดทางการเคลื่อนไหว 527,306 คน พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความ 233,659 คน พิกัดทางสติปัญญา 115,109 คน พิกัดทางการมองเห็น 124,895 คน พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม 115,109 คน พิกัดทางการเรียนรู้ 34,642 คน ออทิสติก 11,571 คน และไม่ระบุประเภท 7,953 คน [9]

ด้านสิทธิสำหรับคนพิการในการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์เป็นหนึ่งในสิทธิที่คนพิการพึงได้รับ ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 15 (1) บัญญัติให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนตามมาตรา 14 ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างทางสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง [4] และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 (1) ได้บัญญัติให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ อันได้แก่ การบริการฟื้นฟู

สมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการเพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น [5] นอกจากนี้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 ข้อที่ 2 ได้กำหนดให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 26 รายการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น การแนะแนว การให้คำปรึกษาและการจัดการเป็นรายกรณี กิจกรรมบำบัดและพฤติกรรมบำบัด เป็นต้น ทั้งนี้ตามประกาศดังกล่าวได้ให้ความหมายของคำว่า “การฟื้นฟูสมรรถภาพ” คือ การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ เพื่อให้คนพิการได้รับสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นโดยกำหนดให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการจากสถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลในกำกับของรัฐ สถานพยาบาลรัฐวิสาหกิจ สถานพยาบาลเอกชนตามที่หน่วยงานของรัฐประกาศกำหนด ซึ่งสถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้นสามารถเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิของคนพิการที่ได้รับตามกฎหมายหรือระเบียบของหน่วยงานของรัฐนั้น แต่หากไม่เพียงพอตามความจำเป็นให้ทำการส่งเรื่องไปยังหน่วยงานที่เป็นผู้กำหนดสิทธิตามกฎหมายหรือระเบียบของหน่วยงานของรัฐเพื่อให้การสนับสนุนต่อไป และในกรณีที่อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการที่คนพิการได้รับเกิดความเสียหายหรือชำรุดให้ทำการซ่อมแซมหรือเปลี่ยนแปลงชิ้นส่วนของอุปกรณ์หรือจัดหาให้ใหม่ หรือส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยทำการเบิกจ่ายตามสิทธิ และให้ศูนย์สิทธิมนุษยชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติเป็นหน่วยประสานงานและสนับสนุนงานด้านวิชาการ เทคโนโลยีด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การวิจัยพัฒนานวัตกรรม รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูง เฉพาะกรณีที่กฎหมายหรือระเบียบของหน่วยงานของรัฐไม่ได้กำหนดไว้ [6]

สำหรับคนพิการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิ ท.74 จะได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยมีสิทธิประโยชน์หลัก ได้แก่ บริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ รวมถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยไม่เสียค่าบริการและสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการของรัฐทุกหน่วย และยังได้รับสิทธิเฉพาะสำหรับคนพิการ ได้แก่ การได้รับสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ และสิทธิได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในและนอกหน่วยบริการใน 9 รายการหลัก ประกอบด้วย 1) กายภาพบำบัด 2) กิจกรรมบำบัด 3) การประคบ/แก้ไขการปวด 4) จิตบำบัด 5) พฤติกรรมบำบัด 6) การฟื้นฟูการได้ยิน 7) การฟื้นฟูการเห็น 8) Early Intervention และ 9) Phenol block [7, 8]

2.2 การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

คณะกรรมการรับรองวิชาชีพนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ (The commission on rehabilitation counselor certification; CRCC) ซึ่งเป็นหน่วยงานในสหรัฐอเมริกา ระบุว่า การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่เป็นระบบซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายในการดำรงชีวิตทั้งในเรื่องส่วนตัว อาชีพ และการเป็นอิสระในการดำรงชีวิตเท่าที่จะเป็นไปได้ ผ่านการใช้กระบวนการให้คำปรึกษา การสื่อสาร การตั้งเป้าหมาย และการสนับสนุนทางด้านการเงิน จิตวิทยา สังคม พฤติกรรม การแนะแนวอาชีพ เป็นต้น [12]

สำหรับประเทศไทย สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้ระบุในแนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 กำหนดให้งานบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึง การช่วยบุคคลให้เผชิญกับผลที่เกิดจากความพิการโดยการให้คำปรึกษาด้านส่วนตัว การแพทย์ การศึกษา สังคม อาชีพ และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก ให้คำปรึกษากับคนพิการ และครอบครัวตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่รับคำปรึกษารู้จักและเข้าใจตนเอง และยอมรับตนเอง มีความมั่นใจในความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองที่จะแก้ไขปัญหาและปรับตัวได้ในที่สุด 2) ช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม มีทักษะในการตัดสินใจ มองเห็นช่องทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง 3) ให้ได้เรียนรู้พฤติกรรมและทัศนคติใหม่ ๆ รู้จักยอมรับความจริงและกล้าเผชิญกับความจริง 4) ให้สามารถปรับปรุงและช่วยให้บุคคลพัฒนาขึ้น จัดปัญหาต่าง ๆ ได้ [13]

ทั้งนี้การศึกษานี้จะใช้นิยามของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามที่สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติระบุไว้ คือ การช่วยบุคคลให้เผชิญกับผลที่เกิดจากความพิการโดยการให้คำปรึกษาด้านส่วนตัว การแพทย์ การศึกษา สังคม อาชีพ และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก โดยให้คำปรึกษากับคนพิการและครอบครัวตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่รับคำปรึกษารู้จักและเข้าใจตนเอง และยอมรับตนเอง มีความมั่นใจในความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องมีทักษะในการตัดสินใจสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมด้วยตนเองได้

2.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ควรจะได้รับอย่างเท่าเทียมกันโดยปราศจากความแตกต่างของเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ในปัจจุบันแม้ว่าประชาชนมีสิทธิในการได้รับการด้านสุขภาพแต่การเข้าถึงบริการสุขภาพยังเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีแนวโน้มเข้าถึงการบริการสาธารณสุขน้อยกว่าประชาชนในประเทศที่

พัฒนาแล้ว [15] การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นแนวคิดสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพและบางครั้งถูกนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดระบบสุขภาพ [16, 17] สำหรับประเทศไทยนั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเฉพาะในคนพิการซึ่งมีสิทธิในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 [5]

ทั้งนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพอาจมีความหมายที่แตกต่างกันไปตามบริบท ซึ่งนักวิชาการได้ให้นิยามไว้แตกต่างกัน เช่น ความสามารถขององค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพในการให้บริการด้านสุขภาพตามที่กำหนดและมีคุณภาพและมีค่าใช้จ่ายที่สามารถจ่ายได้ [18] ความสามารถของบุคคลที่จะได้รับเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและใช้อย่างเหมาะสมเมื่อมีความจำเป็น [19] สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลสุขภาพในระบบสุขภาพอย่างเหมาะสม [20]

Adey and Anderson (1974) ได้เสนอกรอบแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ควรพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) นโยบายสุขภาพ โดยนโยบายส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเน้นเรื่องงบประมาณ และอัตราค่าจ้างบุคลากร 2) ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ชนิดของสถานบริการ ระยะเวลาที่เหมาะสมและครอบคลุมต่อการให้บริการ ระบบการให้บริการ 3) ผู้รับบริการ ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ เช่น เพศ อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ ความต้องการ ทักษะ การรับรู้ การศึกษา สภาพแวดล้อม 4) การใช้บริการสุขภาพ ทั้งชนิดของสถานบริการ เวลาที่ใช้บริการ และ 5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ [16] ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นภายหลังจากการใช้บริการสามารถประเมินหรือวัดผลลัพธ์ได้จาก สภาพภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญที่ใช้ในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพ [21]

องค์การอนามัยโลก (2010) ให้นิยามปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น 4 มิติ ดังนี้ 1) การมีอยู่ (availability) พิจารณาว่าเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นนั้นมีอยู่ในตลาดหรือไม่ 2) ความสามารถในการเข้าถึง (accessibility) อ้างถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงและการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงเมื่อมีความต้องการ 3) ความเหมาะสม (appropriateness) อ้างถึงการใช้วิธีการ กระบวนการ เทคนิค และอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีความตรงทางวิทยาศาสตร์ (scientifically valid) สามารถปรับใช้เพื่อตอบสนองความต้องการของท้องถิ่น เป็นที่ยอมรับของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข และสามารถปรับใช้ได้ในระยะยาวภายใต้ทรัพยากรที่ชุมชนหรือประเทศมีอยู่ 4) ความสามารถในการจ่าย (affordability) คือความสามารถในการจ่ายของกลุ่มลูกค้าที่ต้องใช้บริการหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ [22]

Peters และคณะ (2008) เสนอหลักการเพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างดังกล่าวประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) การเข้าถึงแหล่งบริการ (geographic accessibility) คือระยะทางทางกายภาพ หรือระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากจุด

ให้บริการสุขภาพถึงผู้ใช้บริการ 2) การมีอยู่ (availability) อ้างถึงการมีอยู่ของบริการหรือการดูแลที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ใช้บริการ เช่น มีชั่วโมงทำการและระยะเวลาที่รอรับบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการ และการมีประเภทของผู้ให้บริการและวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม 3) การเข้าถึงเชิงการเงิน (financial accessibility) คือความสัมพันธ์ระหว่างราคาของบริการ ซึ่งอาจเป็นผลกระทบจากต้นทุนของบริการนั้น และความเต็มใจและความสามารถในการจ่ายค่าบริการของผู้ใช้บริการ ตลอดจนการป้องกันผลกระทบทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายและต้นทุนของบริการสุขภาพ 4) การยอมรับ (acceptability) พิจารณาความเข้ากันได้ของระดับความคาดหวังเชิงสังคมและวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการและชุมชน และระดับการตอบสนองของผู้ให้บริการ [23]

2.4 ความเป็นไปได้

Bowen และคณะ (2009) เสนอสมมติที่ต้องให้ความสนใจสำหรับการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการใดๆ ทั้งสิ้น 8 ประเด็น ได้แก่ 1) การยอมรับ (acceptability) คือการพิจารณาการตอบสนองต่อมาตรการของประชากรกลุ่มเป้าหมายและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ 2) ความต้องการ (demand) คือการประมาณการการใช้งานที่อาจเกิดขึ้น หรือการใช้งานที่เกิดขึ้นจริงในประชากรหรือพื้นที่ดำเนินมาตรการ 3) การนำไปปฏิบัติ (implementation) คือ ระดับความน่าจะเป็น และวิธีการที่จะทำให้มาตรการสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามข้อเสนอโครงร่างโครงการ และดำเนินการได้อย่างเต็มรูปแบบในพื้นที่จริง 4) การดำเนินการ (practicality) คือ ความสามารถในการดำเนินการภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร เวลา หรือเงื่อนไขในการดำเนินงานอื่น ๆ เช่น ความมุ่งมั่นของผู้ดำเนินมาตรการ 5) การปรับเปลี่ยน (adaptation) คือ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนเนื้อหา กระบวนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ใหม่ ๆ ซึ่งจำเป็นต้องมีการระบุเนื้อหาที่ปรับเปลี่ยนตามบริบท และเงื่อนไขเรื่องรูปแบบการสื่อสาร และประชากรที่ต้องปรับเปลี่ยนด้วย 6) การบูรณาการ (integration) คือการประเมินระดับของระบบที่มีอยู่แล้ว ซึ่งรวมถึงโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้รองรับกับมาตรการที่สนใจ การบันทึกการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้าง สังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เกิดขึ้นภายในองค์กรหรือพื้นที่หลังจากการบูรณาการโครงการใหม่เข้าไปในพื้นที่ ช่วยในการตัดสินใจว่าการดำเนินมาตรการดังกล่าวเป็นไปได้จริง 7) การขยายผล (expansion) เน้นการศึกษาความน่าจะเป็นของมาตรการที่ประสบผลสำเร็จในพื้นที่หนึ่งจะประสบความสำเร็จในพื้นที่ที่มีประชากรลักษณะที่ต่างออกไป หรือในพื้นที่อื่น 8) การทดสอบประสิทธิภาพในกรณีที่มีข้อจำกัด (limited-efficacy testing) คือการทดสอบประสิทธิภาพของมาตรการภายใต้พื้นที่ กลุ่มตัวอย่าง เวลา หรือทรัพยากรที่จำกัด การศึกษาความเป็นไปได้ในหลายครั้งมุ่งที่จะอธิบายประสิทธิผลของมาตรการที่ดำเนินการภายใต้ข้อจำกัดหลายประเด็น เช่น ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาตามความสะดวก (convenience sample) การทดสอบกับผลลัพธ์ระยะกลางมากกว่าระยะสุดท้าย และการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะติดตามสั้นกว่าการดำเนินการจริง เป็นต้น [24]

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

การศึกษาของธิดารัตน์ นงค์ทอง และมาลิน เนาว์นาน เรื่องนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ : นักวิชาชีพน้องใหม่ กับความท้าทายในงานด้านคนพิการในประเทศไทย มีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาวิชาชีพนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ คือ 1. ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้มีความชัดเจน โดยเสนอบทบาทหน้าที่ของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในรูปแบบ Rehabilitation Counseling 4-C Model ได้แก่ C-Case Management การบริหารจัดการบริการรายกรณี ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์ (intake interview) เป็นการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ของผู้รับบริการ 2) การประเมิน (assessment) เป็นการประเมินศักยภาพของผู้รับบริการ 3) การประสานงานบริการ (service coordination) 4) การบันทึกและการจัดทำรายงาน (case recording and reporting) 5) การประเมินผล (evaluation) 6) ติดตามความก้าวหน้าของการปรับตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (monitoring) C-Counseling การให้คำปรึกษา ประกอบด้วย 1) การให้คำปรึกษาด้านอารมณ์และการปรับตัว (affective counseling) 2) การให้คำปรึกษาด้านอาชีพ (vocational counseling) C-Coaching & Placement การจัดวางตัวบุคคลและการสอนงาน ประกอบด้วย 1) การจัดวางตัวบุคคลให้เหมาะสมซึ่งมีความสำคัญ (placement) 2) การสอนงาน (job coaching) ได้แก่ การฝึกทักษะการทำงาน การสมัครงาน การให้การปรึกษา สนับสนุนให้กำลังใจในระหว่างที่คนพิการกำลังหางาน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสมัครงานทำความเข้าใจและให้คำปรึกษาแก่สถานประกอบการในชุมชนเกี่ยวกับคนพิการ C-Challenge & Reinforce กระตุ้นส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งภายใน ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสนับสนุนกระตุ้น (empowerment) ให้คนพิการเกิดแรงจูงใจภายใน รวมทั้งทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถ มีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถดำรงชีวิตอิสระได้ 2) ให้การช่วยเหลือพิทักษ์สิทธิของคนพิการ (advocacy) เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตในชุมชน สังคมได้อย่างมีวิถีชีวิตอิสระ และ 2. ควรผลักดันให้มีการกำหนดตำแหน่งนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ [25]

การศึกษาของปิยะรัตน์ (2548) ด้วยการสำรวจความคิดเห็นของผู้ที่ทำงานกับคนพิการเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของนักให้คำปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำนวน 56 คน จาก 28 หน่วยงาน โดยการส่งแบบสอบถามและให้ตอบกลับ พบว่า ผู้ที่ทำงานกับคนพิการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญบทบาทของนักให้คำปรึกษาในด้านการให้คำปรึกษา (55.5%) โดยให้ความสำคัญในการให้คำปรึกษาด้านการปรับตัวมากที่สุด รองลงมาคือด้านอาชีพ ด้านอารมณ์ และครอบครัว [26]

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของต่างประเทศมักให้ความสำคัญกับการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพกับการให้บริการอื่น โดย Sally S Fitts และคณะ (1999) ได้ศึกษา เรื่อง Exercise coaching and rehabilitation counselling improve quality of life for predialysis and dialysis patients ซึ่งเกี่ยวกับการฝึกออกกำลังกายและการให้

คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตที่อยู่ในระยะก่อนและระหว่างการฟอกเลือด ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยใช้วิธีการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) โดยให้บริการทั้งทางโทรศัพท์และการให้บริการแบบตัวต่อตัวเป็นระยะเวลา 1 ปี รวมจำนวนชั่วโมงการให้บริการทั้งหมด 16 ชั่วโมง เครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตพัฒนาจากแบบทดสอบผลกระทบความเจ็บป่วย (the sickness impact profile; SIP) และดัชนีผลชีวิตทางจิตวิทยาของ Campbell (Campbell' index of psychological affect) เครื่องมือในการวัดความพิการประเมินจากมิติทางกายภาพของ SIP ดัชนีความพิการของ Karnofsky (Karnofsky index of disability; ZID) และการตรวจอาการทั่วไปของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยระยะก่อนฟอกเลือดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะระหว่างฟอกเลือด นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะก่อนฟอกเลือดที่ได้รับบริการฝึกออกกำลังกายและการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่กลุ่มผู้ป่วยระยะก่อนฟอกเลือดกลุ่มอื่นไม่ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจำเป็นต้องติดตามอย่างต่อเนื่องและไม่มีกำหนดระยะเวลา [27]

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Marie Johnston (1999) ที่ศึกษาการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจที่นำโดยพยาบาลให้คำปรึกษาเปรียบเทียบกับการรักษาตามปกติของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่ชีวิต ซึ่งใช้วิธีการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมในกลุ่มผู้ป่วย 100 คน การศึกษานี้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มผู้ป่วยในที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากพยาบาลให้คำปรึกษาที่อยู่ในโรงพยาบาล และกลุ่มที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบบเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยใน แต่มีการรับบริการอย่างต่อเนื่องไปอีก 6 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยในที่ได้รับบริการให้คำปรึกษาและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากพยาบาลให้คำปรึกษามีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความพิการน้อยกว่าผู้ป่วยอีกสองกลุ่ม และยังมี ความพึงพอใจต่อการให้บริการสูงกว่าผู้ป่วยอีกสองกลุ่มทั้งในผู้ป่วยและคู่สมรส ทั้งนี้ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยในมีประโยชน์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มว่าจะเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งโดยส่วนมากผู้ป่วยมักไม่ได้รับข้อเสนอในการรักษาหรือไม่สามารถรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบบผู้ป่วยนอกได้ [28] นอกจากนี้ Michael P. Frain (2006) ทำการศึกษาเรื่อง A meta-analysis of rehabilitation outcomes based on level of education of counselor โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ส่งผลต่อการจ้างงานที่ประสบความสำเร็จของผู้รับบริการ โดยคัดเลือกการศึกษาที่เกี่ยวข้องในช่วง ค.ศ. 1980-2004 และหาค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างนักให้คำปรึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพกับนักให้คำปรึกษาที่สำเร็จการศึกษาในระดับอื่นที่ทำงานกับคนพิการซึ่งต้องการการจ้างงาน ผลการศึกษาพบว่า มีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 การศึกษา ทั้งนี้ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้พิการที่รับบริการจากนักให้คำปรึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการให้

คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพมีผลการจ้างงานที่ดีกว่าผู้รับบริการที่รับบริการจากนักให้คำปรึกษาที่สำเร็จการศึกษากลุ่มอื่น ๆ [29]

นอกจากนี้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของต่างประเทศยังให้ความสำคัญกับแนวทางการปฏิบัติงานของนักให้คำปรึกษา ตัวอย่าง เช่น การศึกษาของ Michael P. Frain (2010) ซึ่งศึกษาเรื่อง A roadmap for rehabilitation counseling to serve military veterans with disabilities มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาแนวทางการให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ทหารผ่านศึกที่พิการ ซึ่งจำเป็นต้องมีแผนงานเพื่อสามารถให้บริการทหารผ่านศึกได้อย่างเหมาะสมที่สุด ผลการศึกษาพบว่า แนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นประโยชน์ต่อทหารผ่านศึกที่พิการประกอบด้วย 5 แนวทาง ได้แก่ 1) การระบุปัญหาของทหารผ่านศึกที่พิการในการฝึกอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) การมุ่งเน้นไปที่ความต้องการการจ้างงานที่แตกต่างกันของทหารผ่านศึก 3) การใช้เทคนิคการจัดการตนเองเพื่อจัดการกับความพิการภายหลัง 4) การใช้ Family Resiliency Model เพื่อตอบสนองความต้องการของทหารผ่านศึกและครอบครัวแบบองค์รวม และ 5) การเรียกร้องให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้นักพัฒนานักวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับทหารผ่านศึก [30]

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสนใจในบทบาทและหน้าที่ของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศจะเน้นประเด็นผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีการศึกษาโดยใช้วิธีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการกับกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการ รวมถึงแนวทางการปฏิบัติงานของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างไรก็ตามพบว่าในประเทศไทยมีวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าวอยู่น้อยมาก

2.5.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การศึกษาด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพส่วนใหญ่ได้มีการนำกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้ แต่ส่วนใหญ่ยังไม่พบการศึกษาในลักษณะของการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล โดยการศึกษานี้จะเน้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำกรอบแนวคิดด้านการเข้าถึงบริการมาใช้ คือ กรอบแนวคิดของ Adey and Anderson องค์การอนามัยโลก และ Peters เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการศึกษา

กรอบแนวคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Adey และ Anderson (1974) ถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสุขภาพในการศึกษาจำนวนมาก ซึ่งกรอบแนวคิดนี้เปรียบเสมือนกรอบแนวคิดพื้นฐานที่นักวิชาการที่ศึกษาในประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพมักอ้างถึง ดังเช่น Shaikh และ Hatcher (2004) ที่ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพในประเทศปากีสถาน เก็บข้อมูลโดยการทบทวนเอกสารทั้งในภูมิภาคและระดับนานาชาติ ซึ่งพบว่าวัฒนธรรม/ความเชื่อและการปฏิบัติในสังคมมักนำไปสู่การดูแลตนเอง การเยียวยาหรือรักษาตัวเองที่บ้าน และการปรึกษากับผู้มี

ความรู้ด้านการแพทย์ดั้งเดิม อีกทั้งสมาชิกในบ้านต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของสมาชิกเพศหญิงที่มีอายุมากกว่าอีกด้วย ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การแสวงหาบริการสุขภาพล่าช้า ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับผู้หญิง นอกจากอายุ เพศ และสถานภาพสมรสแล้ว ขนาดของครอบครัวและความเท่าเทียมกันภายในครอบครัว ระดับการศึกษา และอาชีพของผู้นำครอบครัวก็มีผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม วัฒนธรรมและความเชื่อดังกล่าวข้างต้นแพร่หลายในประเทศปาเกีสถาน ซึ่งวัฒนธรรมและความเชื่อเหล่านี้มีผลต่อความตระหนักรู้และการจดจำความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เพศ ความมีอยู่ของบริการ และการยอมรับบริการ ซึ่งเป็นประเด็นที่ Adey และ Anderson เสนอไว้เมื่อ ค.ศ. 1974 นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพ เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ กล่าวคือ กลุ่มผู้มีรายได้น้อยมีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และการเลือกผู้ให้บริการ ทั้งนี้ กลุ่มผู้มีรายได้น้อยยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่สถานบริการอีกด้วย ปัจจัยทางด้านการเข้าถึงทางกายภาพ เช่น ตัวเลือกในการเดินทางจากที่พักไปยังสถานบริการ และระยะเวลาในการเดินทาง การมีอยู่ของบริการสุขภาพและอาการป่วย ซึ่งรวมทั้งเวลาทำการ ความพอเพียงของเจ้าหน้าที่ ระยะเวลาในการรอรับการรักษา ความง่ายในการเข้าถึงทัศนคติของผู้ให้บริการ และความเชื่อใจในการปกปิดความลับของผู้ป่วย เป็นต้น [16, 31]

ทรงยศ และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการลงทุนให้บริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย spirometry ในโรงพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์หลักการที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) เรื่อง การเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ที่เหมาะสม (access to appropriate medical devices) โดยพิจารณามิติของการเข้าถึงใน 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การมีอยู่ของบริการ ประกอบด้วยเครื่องตรวจสมรรถภาพปอด (spirometer) และบุคลากรที่ผ่านการอบรมจากสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยที่สามารถให้บริการ spirometry ได้ 2) ความสามารถในการเข้าถึงบริการ เป็นการศึกษาปริมาณการใช้บริการ (service utilization) 3) ความเหมาะสมของการจัดบริการ พิจารณาการให้บริการ spirometry ที่ดำเนินการอยู่ในโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับบริการ spirometry ที่เป็นมาตรฐานร่วมกับบริบทแวดล้อมอื่น ๆ ในพื้นที่ 4) ความสามารถในการจ่ายเพื่อการให้บริการและ/หรือได้รับบริการ โดยพิจารณาปัจจัยเรื่องผลกระทบด้านงบประมาณในการจัดให้มีบริการ spirometry ในโรงพยาบาลชุมชนและความเป็นไปได้ในการลงทุนให้มีบริการดังกล่าว ดำเนินการเก็บข้อมูลโดย (1) การส่งแบบสำรวจการมีอยู่ของบริการ spirometry เครื่อง spirometer และบุคลากรที่ได้รับการอบรมการตรวจ spirometry ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 896 แห่ง (2) การวิเคราะห์ฐานข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อศึกษาการใช้บริการ spirometry ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน พ.ศ. 2558 (3) การเก็บข้อมูลต้นทุนในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 5 แห่ง โดยการเลือกแบบเจาะจงเพื่อคำนวณต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการและภาระงบประมาณในการลงทุนจัดให้มีบริการ spirometry ในโรงพยาบาลชุมชน (4) การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้กำหนดนโยบาย [32]

กรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เสนอโดย Peters และคณะ ถูกนำมาประยุกต์ใช้และอ้างถึงในการศึกษาจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเรื่องความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง เช่น การศึกษาของ Vergunst และคณะ (2015) ที่ศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการในเขตชนบทของประเทศแอฟริกาใต้ โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างกับคนพิการที่ถูกเลือกมาแบบเจาะจง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อแบ่งหมวดหมู่ของอุปสรรคหรือปัญหา จากการศึกษาพบว่าอุปสรรคหรือปัญหาของการเข้าถึงบริการในกลุ่มคนพิการสามารถแบ่งได้ 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ด้านภูมิศาสตร์ ทั้งในมิติของระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการ และถนนที่ไม่เอื้อสำหรับการเดินทางของคนพิการ (2) ด้านการคมนาคม พบว่าการเดินทางจากที่พักถึงสถานบริการโดยใช้รถโดยสารสาธารณะหรือรถแท็กซี่ส่วนบุคคลมีราคาสูง อีกทั้งรถโดยสารเหล่านั้นมีพื้นที่ไม่เพียงพอสำหรับรถนั่งคนพิการหรือเครื่องช่วยคนพิการอื่น ๆ คนพิการต้องจัดการกับเครื่องช่วยคนพิการเหล่านั้นด้วยตนเอง (3) ด้านการบริหารจัดการ ซึ่งพบปัญหาเรื่องความขาดแคลนผู้ให้บริการ ขาดแคลนทรัพยากร และการรอรับบริการเป็นระยะเวลานาน และ (4) ด้านทัศนคติ เช่น การตีตราเนื่องจากความพิการ ความกลัวของคนพิการในเรื่องการตีตราโดยบุคคลอื่น ตลอดจนการสันนิษฐานเรื่องทัศนคติของพยาบาลต่อความพิการ ทั้งนี้ Vergunst และคณะ เห็นว่าสิ่งที่น่าสนใจมากกว่าการนำเสนอประเด็นอุปสรรคและปัญหาของการเข้าถึงบริการดังกล่าวข้างต้น คือ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นอุปสรรค เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจได้ว่าคนพิการต้องเผชิญกับอุปสรรค/ปัญหาในการเข้าถึงบริการที่ซับซ้อนเพียงใด [33]

Puett และ Guerrero (2014) ได้ศึกษาอุปสรรค/ปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มคนที่มีภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรงในประเทศปากีสถานและเอธิโอเปีย และได้อ้างถึงหลักการของ Peters และคณะ ในการอธิบายอุปสรรค/ปัญหาในด้านอุปสงค์ (demand-side barriers) ซึ่งเป็นอุปสรรคที่มีผลกระทบต่อความสามารถของครัวเรือน หรือชุมชนในการเข้าใช้บริการฯ ได้แก่ ระยะห่างระหว่างที่พักและสถานบริการ วัฒนธรรมและความเชื่อ การศึกษา และทรัพยากรในครัวเรือน การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ (comparative qualitative analysis) ระหว่าง (1) โครงการที่ดำเนินการโดยองค์กรนอกภาครัฐ (Non-government organization; NGO) และโครงการที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข และ (2) โครงการที่ประสบความสำเร็จ ทั้งในแง่ของความครอบคลุม (coverage) หรือความสามารถในการบูรณาการเข้ากับโครงสร้างภาครัฐ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ผลโดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาร (thematic analysis) จากการศึกษาพบว่าอุปสรรค/ปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ ระยะทาง ต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลสูง ความรู้เกี่ยวกับบริการ ความรู้เกี่ยวกับการขาดแคลนสารอาหาร และการปฏิเสธการรับอาหารพร้อมรับประทาน (ready-to-use foods) ของเด็ก อย่างไรก็ตาม Puett และ Guerrero เสนอให้บูรณาการบริการรักษาภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรงเข้ากับโครงการอื่น ๆ ที่ชุมชนดำเนินการอยู่ตามข้อเสนอแนะขององค์การสหประชาชาติ (United Nations; UN) ซึ่งเป็นการปรับปรุงสถานการณ์การเข้าถึงบริการที่สามารถช่วยชีวิตคนได้ [34]

นอกจากนี้ Jacobs และคณะ (2011) ได้ประยุกต์ใช้หลักการของ Peters และคณะ (2008) และแนวคิดของ Ensor และ Cooper (2004) ในการพัฒนารอบแนวคิดสำหรับการเลือกมาตรการสุขภาพที่เหมาะสมในประเทศที่มีรายได้ต่ำในแถบเอเชีย ซึ่งการพัฒนารอบแนวคิดดังกล่าวจำเป็นต้องวิเคราะห์อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพก่อน กรอบแนวคิดที่นำเสนอในการศึกษานี้จำแนกอุปสรรค/ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ อุปสงค์ คือปัญหาที่เกิดขึ้นกับครัวเรือนของผู้รับบริการ และอุปทาน คือปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้ให้บริการ แต่ละกลุ่มมีอุปสรรค/ปัญหาในการเข้าถึงบริการอยู่ 4 มิติ ได้แก่ ปัญหาในการเข้าถึงสถานบริการหรือปัญหาด้านภูมิศาสตร์ (geographic accessibility) การมีอยู่ของบริการ (availability) ความสามารถในการจ่าย (affordability) และการยอมรับ (acceptability) [35]

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการโดยเน้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ เช่น การศึกษาของ Van Rooy และคณะ (2012) ได้ศึกษาปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการในประเทศแอฟริกา พบว่าปัญหาการเข้าถึงบริการส่วนใหญ่เกิดจากอุปสรรคด้านภูมิศาสตร์ ระยะทาง การเดินทางจากที่พักไปยังสถานบริการสุขภาพ เช่น ที่พักอาศัยตั้งอยู่บนภูเขา เส้นทางที่ใช้ในการคมนาคมจากที่พักไปยังสถานบริการสุขภาพมีทางน้ำไหลผ่าน และถนนที่ไม่มีการปูพื้นให้เรียบ การขาดแคลนที่พักในสถานบริการสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ คนพิการที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทอาจไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัจจุบัน ทำให้การรับการรักษาหรือบริการสุขภาพจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีความจำกัดไปด้วย [36] เช่นเดียวกับบทความของ Sakellariou และ Rotarou (2017) ที่ศึกษาความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างผู้ที่มีและไม่มีคามพิการในสหราชอาณาจักร ซึ่งพบว่าปัญหาเกี่ยวกับระยะทางและความไม่สะดวกในการเดินทาง เป็นประเด็นหนึ่งที่คนพิการเห็นว่าเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ [37] ผลการศึกษาจากทั้ง 2 บทความ ยังสอดคล้องกันกับผลการศึกษาของ Eide และคณะ (2015) ที่พบว่าการขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการคมนาคมเป็นปัญหาลำดับแรกจากทั้งหมด 17 ลำดับที่คนพิการรายงานว่าเป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ [38]

ปัญหาการเข้าถึงบริการที่สำคัญในกลุ่มคนพิการอีกประการหนึ่งคือ ขาดความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ กล่าวคือ คนพิการมีความต้องการใช้บริการสุขภาพมากกว่าคนที่ไม่มีความพิการ ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าด้วย การศึกษาของ Caldwell (2008) พบว่าครอบครัวที่มีคนพิการมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเอง (out-of-pocket payment) มากกว่าครอบครัวที่ไม่มีคนพิการ ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนนี้รวมไปถึงค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลของคนพิการและผู้ดูแล [39] นอกจากนี้ Hwang และคณะ (2009) [40] ระบุว่าคนพิการในประเทศนามิเบียต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในกรณีที่คนพิการไม่ได้รับการจ้างงานซึ่งส่งผลให้ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยประกันสุขภาพด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องทัศนคติต่ออุปสรรคและปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการในประเทศซูดาน นามิเบีย มาลาวี และแอฟริกาใต้ ที่ระบุว่าคนพิการไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพ รวมทั้งค่าเดินทางเพื่อเข้ารับบริการได้ จึงตัดสินใจไม่เข้ารับบริการ [38]

คนพิการส่วนหนึ่งเห็นว่าในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ใกล้ที่พักไม่มีบริการอุปกรณ์ทางการแพทย์และยาที่คนพิการต้องการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริการที่คนพิการเห็นว่ามีค่าจำเป็น [38] อย่างไรก็ตาม การไม่มีอยู่ของบริการที่จำเป็นนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน [36, 38] เช่น คนพิการทางการได้ยินต้องการสื่อสารโดยใช้ภาษามือ แต่ไม่มีบุคลากรที่มีทักษะการใช้ภาษามืออยู่ในสถานบริการ เป็นต้น อนึ่ง ระยะเวลาที่ใช้ในการรอรับบริการที่ค่อนข้างนานก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนพิการรู้สึกว่าคุณไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายเท่ากับบุคคลอื่นในครอบครัวที่ไม่มีความพิการ [36, 37]

นอกจากนั้น ทศนคติของผู้ให้บริการต่อคนพิการก็เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพของคนพิการ จากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลก [41] พบว่าหนึ่งในสาเหตุที่คนพิการในประเทศรายได้ต่ำไม่ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น คือ คนพิการมีประสบการณ์ทางด้านลบกับบุคลากรในสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของ [42] ที่ระบุว่าทัศนคติที่เป็นลบของผู้ให้บริการต่อความพิการและคนพิการจัดเป็นลำดับที่ 2 จาก 4 ลำดับแรกที่คนพิการมากกว่าร้อยละ 25 เห็นว่าเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ระดับเศรษฐฐานะ ระดับการศึกษา อายุ ความรุนแรงของความพิการ และที่ตั้งของที่อยู่อาศัยก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการด้วยเช่นกัน ซึ่งหลายการศึกษาคำนึงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาด้วย

สำหรับวิธีการศึกษาในงานวิจัยที่เป็นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการใช้วิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปประเด็นหลักของบทความตัวอย่างได้ ดังตารางที่ 1

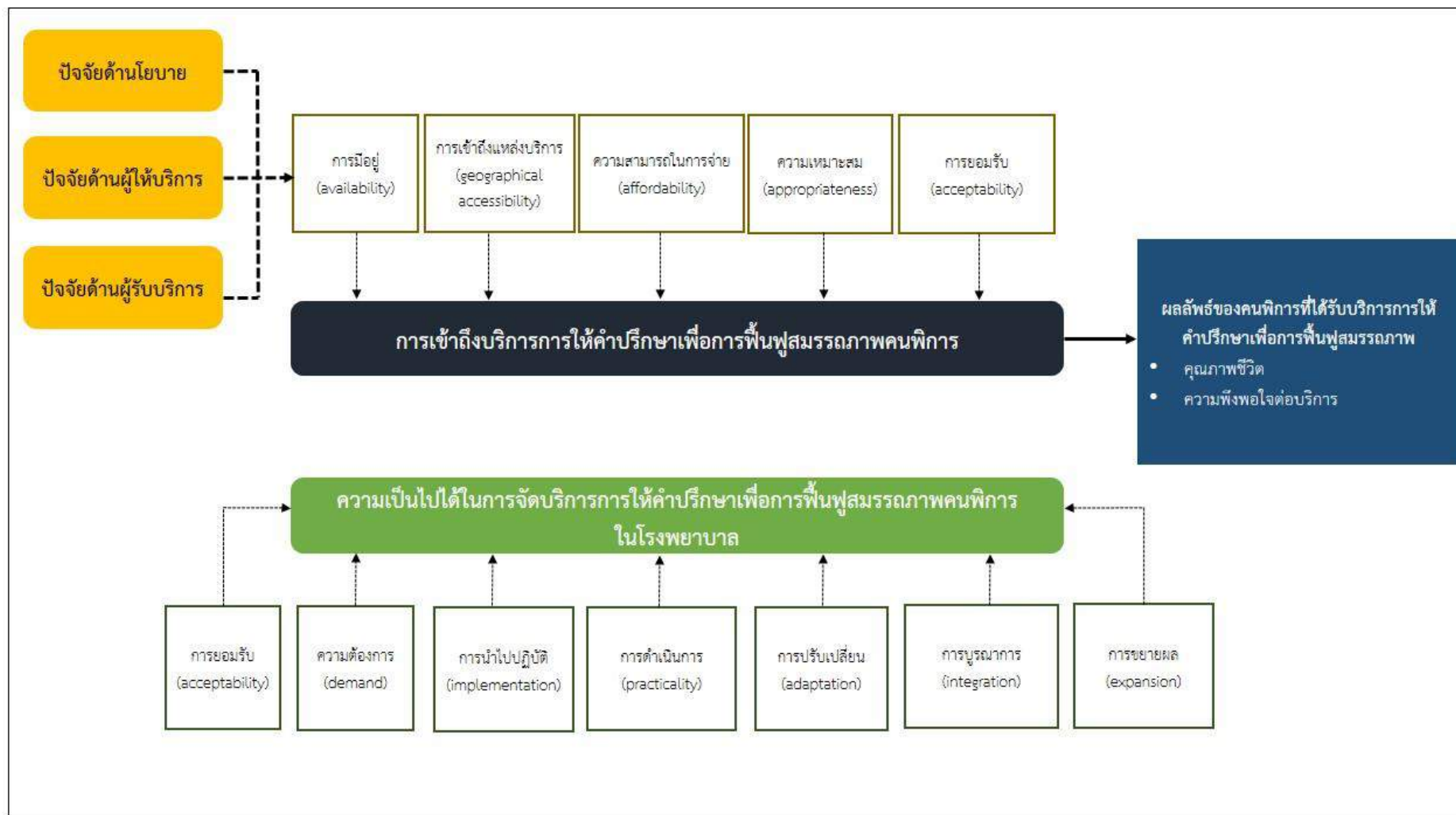
ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

บทความ	วิธีการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้	การวิเคราะห์ผล
1) Perceived Barriers for Accessing Health Services among Individuals with Disability in Four African Countries [38]	การสำรวจครัวเรือน (household survey)	1. แบบสอบถามเพื่อศึกษาเศรษฐกิจ (ระดับครัวเรือน) – การเป็นเจ้าของของสิ่งต่าง ๆ 2. แบบสอบถามเพื่อศึกษาความรุนแรงของความพิการ (ระดับบุคคล) - คำถาม 6 ข้อซึ่งพัฒนาโดย Washington Group on Disability Statistics 3. แบบสอบถามเพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการของคนที่ไม่มีความพิการในครัวเรือนเดียวกันกับคนพิการ (ระดับบุคคล)	1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) 2. A structural equation model (SEM) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ

บทความ	วิธีการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้	การวิเคราะห์ผล
2) Access to health care, reproductive health and disability: A large scale survey in Sierra Leone [42]	1.การสำรวจครัวเรือน 2.การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม	1. แบบสอบถามเพื่อศึกษาบริบทและเศรษฐฐานะ 2. แบบสอบถามเพื่อทดสอบความรุนแรงของความพิการ (35 ประเด็น)	Inferential statistical analysis
3) Perceptions of Primary Healthcare Services Among People with Physical Disabilities. Part 1: Access Issues [43]	การสำรวจทางไปรษณีย์ (mail survey) – การเลือกตัวอย่างตามความสะดวก	แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (self-report questionnaire)	The statistical package for the Social Sciences
4) Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data [37]	การสำรวจโดยการสัมภาษณ์แบบ face-to-face และสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์	แนวคำถามในการสัมภาษณ์	การวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎี-ภูมิ โดยใช้ Logistic regression
5) Perceptions of primary healthcare services among persons with physical disabilities-part 2: quality issues [44]	การสำรวจทางไปรษณีย์	แบบสอบถาม (แบบไม่เปิดเผยตัวตน) – ประกอบด้วย 36 ประเด็น	The statistical package for the Social Sciences

2.6 กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาด้านการเข้าถึงบริการและความเป็นไปได้ในการจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ จะพิจารณาประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเรื่องการเข้าถึงบริการได้ประยุกต์ใช้หลักการของ Adey and Anderson ได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบาย ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านผู้รับบริการ และมิติของการเข้าถึงบริการประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก ร่วมกับหลักการของ Peters ได้แก่ (1) การมีอยู่ (2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (3) ความสามารถในการจ่าย (4) ความเหมาะสม (5) การยอมรับ ในขณะที่ผลลัพธ์ของการได้รับบริการจะศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากตัวคนพิการ ได้แก่ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อบริการ สำหรับความเป็นไปได้ในการจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ประยุกต์โดยใช้กรอบแนวคิดที่เสนอโดย Bowen ได้แก่ (1) การยอมรับ (2) ความต้องการ (3) การนำไปปฏิบัติ (4) การดำเนินการ (5) การปรับเปลี่ยน (6) การบูรณาการ และ (7) การขยายผล โดยมีกรอบการศึกษาแสดงในรูปที่ 1 และรายละเอียดตามตารางที่ 2



รูปที่ 1 กรอบการศึกษา

ตารางที่ 2 ประเด็นและรายละเอียดที่ใช้ในการศึกษา

ประเด็นศึกษา		รายละเอียด
ปัจจัยการเข้าถึง		
1.ปัจจัยด้านนโยบาย	นโยบาย กฎ ระเบียบ พรบ.	
2.ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ	1) การรับรู้/การยอมรับแนวปฏิบัติ 2) ความรู้ ทักษะ	
3.ปัจจัยด้านผู้รับบริการ	1) ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ 2) ลักษณะความพิการ	
มิติการเข้าถึงบริการ		
1.การมีอยู่ (availability)	การมีอยู่ของบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และบุคลากรที่สามารถให้คำปรึกษาได้	
2.การเข้าถึงแหล่งบริการ (geographical accessibility)	ระยะทางหรือระยะเวลาจากที่พักอาศัยของผู้รับบริการถึงแหล่งบริการ	
3.ความสามารถในการจ่าย (affordability)	ความสามารถในการจ่ายค่าบริการของผู้รับบริการ และค่าบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	
4.ความเหมาะสม (appropriateness)	ความเหมาะสมของรูปแบบและมาตรฐานคุณภาพของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลทุกระดับ	
5.การยอมรับ (acceptability)	มุมมอง ความคาดหวัง และทัศนคติของผู้รับบริการต่อรูปแบบการให้บริการ และพฤติกรรมของผู้ให้บริการ	
ผลลัพธ์การได้รับบริการ		
	1) คุณภาพชีวิต 4 ด้าน (well being) 2) ความพึงพอใจต่อการบริการ	
ความเป็นไปได้ในการให้บริการ		
1. การยอมรับ (acceptability)	การพิจารณาการตอบสนองต่อมาตรการของประชากรกลุ่มเป้าหมายและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ	
2. ความต้องการ (demand)	การประมาณการการใช้บริการที่อาจเกิดขึ้น หรือการใช้บริการจริง	

ประเด็นศึกษา	รายละเอียด
3. การนำไปปฏิบัติ (implementation)	ระดับความน่าจะเป็น และวิธีการที่จะทำให้มาตรการสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามข้อเสนอโครงสร้างโครงการ และดำเนินการได้อย่างเต็มรูปแบบในพื้นที่จริง
4. การดำเนินการ (practicality)	ความสามารถในการให้บริการภายใต้ทรัพยากร เวลา หรือเงื่อนไขในการดำเนินงานที่จำกัด และภาระงบประมาณที่เกิดขึ้นเนื่องจากการให้บริการ
5. การปรับเปลี่ยน (adaptation)	การเปลี่ยนแปลงเนื้อหาหรือรูปแบบของการให้บริการให้เหมาะสมกับสถานการณ์
6. การบูรณาการ (integration)	การพิจารณาว่าระดับของระบบที่มีอยู่แล้ว ระดับใดที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงเพื่อรองรับการให้บริการ และเพื่อให้เกิดรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ
7. การขยายผล (expansion)	การขยายผลของการให้บริการจากโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการให้บริการไปยังโรงพยาบาลที่มีลักษณะและขนาดที่แตกต่างออกไป

การศึกษานี้มีรูปแบบการศึกษา คือ การศึกษาเชิงปริมาณ และการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาและออกแบบวิธีเก็บข้อมูลให้สอดคล้องกับองค์ประกอบตามกรอบแนวคิดการศึกษา ทั้งนี้ในแต่ละวัตถุประสงค์ของการศึกษาและประเด็นตามกรอบแนวคิดอาจมีวิธีการศึกษามากกว่า 1 วิธี โดยมีวิธีการศึกษา ดังนี้

3.1 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่ 1) การสำรวจโรงพยาบาล และ 2) การสำรวจคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การสำรวจโรงพยาบาล

วิธีการ	รายละเอียด
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งทั่วประเทศ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)
เครื่องมือ	แบบสอบถามที่ถูกพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล และ 2) ข้อมูลการให้บริการ การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (จำนวนบุคลากร จำนวนครั้ง การให้บริการ การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำนวนคนรับบริการ การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ) รวมถึงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่น ๆ โดยได้รับการตรวจทานความถูกต้อง ความครบถ้วน ความสอดคล้อง และความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ
การเก็บรวบรวมข้อมูล	ส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มเป้าหมายทางไปรษณีย์
การวิเคราะห์ข้อมูล	สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

2) การสำรวจคนพิการ

การศึกษาภาคตัดขวางในคนพิการที่ให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล ทำการเลือกแบบเจาะจงโดยกำหนดพื้นที่ออกเป็น 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ในแต่ละภาคเลือก รพศ. รพท. และ รพท. ภาคละ 1 แห่ง ที่มีบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และมีสถิติการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในช่วง 3 ปีหลังมากที่สุด (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2561) จากข้อมูลการสำรวจโรงพยาบาลทางไปรษณีย์ และยินดีเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย ลำพูน ชลบุรี ปทุมธานี ขอนแก่น ยโสธร ร้อยเอ็ด และสงขลา รวม 12 แห่ง นอกจากนี้กำหนดโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 แห่ง และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ รวมทั้งสิ้น 15 แห่ง โดยในแต่ละแห่งกำหนดโควต้าคนพิการที่เคยรับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจำนวน 10 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง รวมจำนวนคนพิการทั้งสิ้น 150 คน

ทั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุ 15 ปีขึ้นไป 2) เป็นคนพิการทุกประเภท 3) เป็นคนพิการที่ให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล ในช่วง พ.ศ. 2559-2561 และสิ้นสุดกระบวนการให้คำปรึกษา 4) สามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังได้

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ ได้แก่ แบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้แก่ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) ที่พัฒนาโดยสุวัฒน์ และคณะ [45, 46] และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L Thai Version และ 3) แบบสำรวจความพึงพอใจต่อการให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยตรง (face-to-face interview) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่ 1) การทบทวนเอกสาร 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก และ 3) การอภิปรายกลุ่ม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

วิธีการ	รายละเอียด
1) การทบทวนเอกสาร	
ประเด็นการทบทวน	ขอบเขตและแนวปฏิบัติมาตรฐานทั้งในประเทศไทยและระดับสากลในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	เอกสาร คู่มือแนวทางปฏิบัติ บทความวารสารวิชาการ ฯลฯ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
การวิเคราะห์ข้อมูล	สรุปเนื้อหาเชิงบรรยายตามประเด็นการทบทวน
2) การสัมภาษณ์เชิงลึก	
พื้นที่	กำหนดพื้นที่เช่นเดียวกับการสำรวจคนพิการ ได้แก่ รพศ. รพท. และ รพช. ในจังหวัด เชียงราย ลำพูน ชลบุรี ปทุมธานี ขอนแก่น ยโสธร ร้อยเอ็ด และสงขลา รวม 12 แห่ง นอกจากนี้กำหนดโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 แห่ง และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ รวมทั้งสิ้น 15 แห่ง
ผู้ให้ข้อมูล	เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ประกอบด้วย แพทย์ นักให้คำปรึกษา นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช หรือบุคลากรที่ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงพื้นที่ละ 1-2 คน
เครื่องมือ	แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก
วิเคราะห์ข้อมูล	ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกถอดและเรียบเรียงแบบคำต่อคำ หลังจากนั้นจะนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นที่กำหนด
3) การอภิปรายกลุ่ม	
พื้นที่	กำหนดพื้นที่เช่นเดียวกับการสำรวจคนพิการ ได้แก่ รพศ. รพท. และ รพช. ในจังหวัด เชียงราย ลำพูน ชลบุรี ปทุมธานี ขอนแก่น ยโสธร ร้อยเอ็ด และสงขลา และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยกำหนดให้แต่ละภาคได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ จัดการสนทนากลุ่มใน รพศ./รพท. 1 ครั้ง และ รพช. 1 ครั้ง และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ 1 ครั้ง ได้จำนวนการจัดสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 9 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูล	บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หรือเจ้าหน้าที่วิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวช นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟู

วิธีการ	รายละเอียด
	สมรรถภาพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ เป็นต้น ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ครั้งละ 7-10 คน
เครื่องมือ	แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม
วิเคราะห์ข้อมูล	ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มจะถูกถอดและเรียบเรียงแบบคำต่อคำ หลังจากนั้นจะนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นที่กำหนด

การศึกษานี้แบ่งผลการศึกษาออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้แก่ 1) ขอบเขต การปฏิบัติงาน และแนวปฏิบัติมาตรฐาน (สากล) ในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 2) การเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล 3) ความเป็นไปได้ และรูปแบบการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมในโรงพยาบาล มีผลการศึกษา ดังนี้

4.1 ขอบเขตการปฏิบัติงาน และแนวปฏิบัติมาตรฐาน (สากล) ในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

จากการทบทวนเอกสาร พบว่าในสหรัฐอเมริกา คณะกรรมการรับรองวิชาชีพนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ (The commission on rehabilitation counselor certification; CRCC) ได้กำหนด ขอบเขตการปฏิบัติงานการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้ [12]

1. การประเมิน/การประเมินค่า (appraisal) ได้แก่ การคัดเลือกเครื่องมือที่จะใช้ในการประเมินความถนัด ความสามารถ ความสำเร็จ ความสนใจ ลักษณะส่วนบุคคล ความพิการ ความผิดปกติทางอารมณ์หรือพฤติกรรม ตลอดจนการเลือกใช้วิธีการและเทคนิคเพื่อทำความเข้าใจวิธีการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับตัวในชีวิตของผู้รับบริการ

2. การวินิจฉัยและวางแผนการรักษา (diagnosis and treatment planning) คือการประเมินการวิเคราะห์ และการให้คำอธิบายเกี่ยวกับการวินิจฉัยสภาพจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม หรือความพิการ รวมทั้งการสำรวจแนวทางแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ ตลอดจนการพัฒนาและใช้แผนการรักษาเพื่อปรับตัวหรือพัฒนาด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตสังคม โดยขั้นตอนนี้ต้องทำโดยนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. มาตรการการให้คำปรึกษา (counseling treatment intervention) ได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านอารมณ์ พฤติกรรม พัฒนาการ สุขภาพ รวมถึงการให้คำแนะนำด้านการศึกษาและอาชีพแก่ผู้รับบริการ คู่สมรส และครอบครัว โดยมาตรการนี้จะตั้งอยู่บนสัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาอย่างมืออาชีพ และครอบคลุมตั้งแต่ขั้นตอนของการวินิจฉัยและการรักษา การให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเอง การพัฒนาด้านการศึกษาและอาชีพ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพความพิการ รวมไปถึงการส่งต่อ และการวิจัย

4. การส่งต่อ (referral) การประเมินความต้องการของผู้รับบริการเพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมในการส่งต่อให้กับผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ รวมทั้งการให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการ และประสานงานกับหน่วยงานที่รับการส่งต่อ

5. การจัดการรายกรณี (case management) คือ กระบวนการดูแลผู้รับบริการตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการจนสิ้นสุดการรับบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเป็นกระบวนการที่ใช้ทักษะทั้งด้านการให้คำปรึกษาและการบริหารจัดการเพื่อให้การทำงานของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเกิดประสิทธิภาพ โดยจะให้ความสำคัญกับการสัมภาษณ์ การให้คำปรึกษา การวางแผนเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ การประสานบริการ การมีปฏิสัมพันธ์กับหน่วยงานหรืออื่น การติดตามความก้าวหน้า และการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ

6. การประเมินผลโปรแกรม (program evaluation) เป็นการประเมินผลกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และพิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นเกิดจากกิจกรรมหรือการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพมากน้อยเพียงใด

7. การวิจัย (research) เป็นการรวบรวม วิเคราะห์ และตีความข้อมูลเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของลักษณะทางสังคม พฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความพิการ ความผิดปกติทางจิตใจของผู้รับบริการ

8. การปรึกษา (consultation) เป็นการประยุกต์ใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการและการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยมีความเป็นไปได้ที่ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับบุคคลที่สามซึ่งอาจเป็นบุคคล กลุ่ม หรือองค์กร

สำหรับในประเทศออสเตรเลีย ใน ค.ศ. 2008 สมาคมนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของประเทศออสเตรเลีย (Australian society of rehabilitation counsellors) ได้กำหนดสมรรถนะหลักของวิชาชีพนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้น โดยระบุถึงลักษณะเฉพาะของความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้สมรรถนะของวิชาชีพนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถแบ่งได้ 2 รูปแบบ [47] ได้แก่

1. สมรรถนะพื้นฐานหรือสมรรถนะหลัก ซึ่งเป็นความรู้ที่จำเป็นและทักษะพื้นฐานสำหรับการให้บริการให้แก่คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ประกอบด้วย

1.1 พื้นฐานทางจิตวิทยาสังคมของพฤติกรรม (psychosocial foundations of behavior) ได้แก่ ความเข้าใจในธรรมชาติและความต้องการของแต่ละบุคคลในทุกระดับของพัฒนาการในมุมมองทางจิตวิทยาและสังคมวิทยา

1.2 ทฤษฎีการฟื้นฟูสมรรถภาพและปรัชญา (rehabilitation theory and philosophy) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดขึ้นและการพัฒนาแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพและผลกระทบที่มีต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.3 ความรู้เกี่ยวกับความพิการและความไม่เท่าเทียม (knowledge of disability and disadvantage) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของความพิการ เงื่อนไขที่เกิดขึ้น และผลกระทบของความพิการต่อการทำหน้าที่ของบุคคลในสภาพแวดล้อมสังคม การศึกษา และอาชีพ

1.4 การจัดการรายกรณีและการจัดการจำนวนผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบ (case and caseload management) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการจัดการรายกรณีและการจัดการจำนวนผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพควบคู่ไปกับการตระหนักถึงกลยุทธ์ที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน

1.5 ด้านกฎหมายและนโยบายด้านความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (legal and policy aspects of disability, disadvantage and rehabilitation) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายที่มีผลต่อการจัดบริการด้านสุขภาพ สวัสดิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการและผู้ด้อยโอกาส

1.6 ติดต่อประสานงานชุมชนและให้คำปรึกษา (community liaison and consultation) ความเข้าใจถึงความสำคัญของการให้คำปรึกษาและการประสานงานที่มีต่อความสำเร็จโดยรวมของหน่วยงานฟื้นฟูสมรรถภาพและผู้รับบริการ พร้อมกับการเป็นเจ้าของทักษะการส่งเสริมหน่วยงานและผู้รับบริการในชุมชน

1.7 การวิจัยและประเมินผล (research and evaluation) ความเข้าใจในการวิจัยด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและการประเมินผลที่เหมาะสมของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการพัฒนาบริการใหม่

2. สมรรถนะเฉพาะของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นทักษะและความรู้ที่จำเป็นในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพแก่คนพิการและผู้ด้อยโอกาส

2.1 ทศนคติและพฤติกรรมของการให้คำปรึกษาในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมืออาชีพ (rehabilitation counselling professional attitudes and behavior) คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชี่ยวชาญในบทบาท หน้าที่ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของวิชาชีพ รวมทั้งพฤติกรรมตามจรรยาบรรณ และการปฏิบัติเหมาะสมกับวิชาชีพนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2 การประเมินด้านอาชีพ (vocational assessment) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการประเมินด้านอาชีพที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ รวมถึงประเด็นสำคัญในการประเมิน วิธีการประเมินผล และการใช้ข้อมูลด้านอาชีพศาสตร์ในการสร้างทางเลือกด้านอาชีพให้แก่ผู้รับบริการ

2.3 การให้คำปรึกษาด้านอาชีพ (vocational counselling) คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคัดเลือกอาชีพที่เหมาะสมกับคนพิการและผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งการใช้ข้อมูลจากการประเมินผลของผู้รับบริการเพื่อหาทางเลือกในการประกอบอาชีพที่เหมาะสมสำหรับคนพิการและผู้ด้อยโอกาส

2.4 การฝึกอาชีพและการจัดหางาน (vocational training and placement) คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝึกอบรมอาชีพที่เหมาะสม รวมทั้งทักษะที่จำเป็นในการเจรจาต่อรองและการพัฒนาทั้งสถานที่ทำงานและตำแหน่งงานสำหรับผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส

2.5 การให้คำปรึกษาและทักษะด้านบุคคล (counselling and interpersonal skills) คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา และการตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มผลประโยชน์และผลลัพธ์สูงสุดให้แก่ผู้รับบริการ

2.6 การให้คำปรึกษาด้านการดำรงชีวิตอย่างอิสระและการจัดหาที่อยู่อาศัย (independent living and avocational counselling and placement) คือ ความเข้าใจในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความไม่สอดคล้องกันระหว่างการวางแผนการประเมินและที่อยู่อาศัยกับการพัฒนาเป้าหมายของอาชีพของผู้รับบริการ

2.7 การป้องกันการบาดเจ็บ การจัดการการบาดเจ็บ และความพิการ (injury prevention, injury management and disability management) คือ ความเข้าใจในประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการบาดเจ็บ และความพิการ รวมถึงกลวิธีที่ใช้ในการจัดการการบาดเจ็บ และความพิการที่อาจเกิดขึ้น

2.8 การวางแผนการดูแลชีวิต (life care planning) คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บรุนแรงและกลวิธีที่จำเป็นในการให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างเพียงพอตลอดชีวิต

นอกจากนี้ทั้งสองประเทศยังได้ให้ความสำคัญด้านจรรยาบรรณวิชาชีพของนักให้คำปรึกษา โดย CRCC ได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ส่งเสริมสวัสดิภาพของสาธารณะด้วยการระบุพฤติกรรมทางจริยธรรมที่เหมาะสมของนักให้คำปรึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) กำหนดหลักเกณฑ์พฤติกรรมทางจริยธรรมของนักให้คำปรึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) ใช้เป็นคู่มือจรรยาบรรณที่ช่วยนักให้คำปรึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพจัดทำหลักสูตรการปฏิบัติงานให้แก่ผู้รับบริการ และ 4) ใช้เป็นระเบียบพื้นฐานในการดำเนินการกับการละเมิดจรรยาบรรณที่กำหนดไว้ จรรยาบรรณวิชาชีพของนักให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นมาตรฐานบังคับใช้ในสหรัฐอเมริกา มีดังนี้ [47]

1. สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา (counseling relationship) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะทำงานร่วมกับผู้รับบริการเพื่อส่งเสริมสวัสดิภาพและสนับสนุนผู้รับบริการให้เกิดการพัฒนาและทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้สำเร็จ โดยมีความไว้วางใจเป็นรากฐานสำคัญของความสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังต้องเคารพและปกป้องสิทธิของผู้รับบริการโดยการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว รวมทั้งเคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ เข้าใจในความหลากหลายของผู้รับบริการและไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ

2. ความลับ การสื่อสารที่มีสิทธิพิเศษ และความเป็นส่วนตัว (confidentiality, privileged communication, and privacy) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพตระหนักดีว่าความไว้วางใจเป็นรากฐานที่สำคัญบนสัมพันธภาพของการให้คำปรึกษา รวมทั้งคาดหวังว่าจะได้รับความไว้วางใจจากผู้รับบริการจากการสร้างความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะบอกให้ผู้รับบริการรู้เกี่ยวกับกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาความลับ

3. การสนับสนุนและความสามารถในการเข้าถึงบริการ (advocacy and accessibility) โดยที่นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความตระหนักและไวต่อความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ จัดอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการให้บริการ และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังต้องตระหนักว่าความพิการมักเกิดขึ้นควบคู่กับปัญหาความยุติธรรมทางสังคมอื่น ๆ

4. ความรับผิดชอบทางวิชาชีพ (professional responsibility) ในการติดต่อสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญ และการสื่อสารสาธารณะ นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องสื่อสารอย่างเปิดเผยและซื่อสัตย์ รวมทั้งต้องอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยตรงไปตรงมา ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพและความสามารถส่วนบุคคล อีกทั้งต้องปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณ นอกจากนี้ยังต้องมีส่วนร่วมในสมาคมวิชาชีพเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของคนพิการ และสนับสนุนการจ้างงานที่ก่อให้เกิดการรับรองการทำงานของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

5. ความสัมพันธ์กับสหสาขาวิชาชีพ (relationship with other professional and employers) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพตระหนักว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับเพื่อนร่วมงานมีผลต่อคุณภาพของบริการที่จัดให้กับผู้รับบริการ รวมทั้งเคารพในแนวทางการให้คำปรึกษาที่แตกต่างไปจากของตนเองและเคารพการปฏิบัติงานของวิชาชีพอื่นที่ทำงานร่วมกัน นอกจากนี้ นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการทำงาน และทำให้เกิดระบบการสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ

6. บริการทางกฎหมาย (forensic services) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านกฎหมายในบทบาทที่ปรึกษาทางกฎหมาย โดยมีหน้าที่ทบทวนบันทึกและทบทวนการประเมินผล รวมทั้งทำการวิจัยอย่างเป็นกลางและปราศจากอคติ ซึ่งไม่ได้มีบทบาทในการให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการโดยตรง

7. การประเมินและประเมินผล (assessment and evaluation) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพใช้กระบวนการประเมินในการให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการ การประเมินเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมทั้งการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพจากเครื่องมือต่าง ๆ ส่วนการประเมินผลเป็นกระบวนการเฉพาะที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผู้รับบริการในบริบทของสภาพแวดล้อม การใช้ชีวิต การเรียนรู้ หรือการทำงาน นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการโดยการพัฒนาและใช้วิธีการประเมินและประเมินผลที่คำนึงถึงบริบทส่วนบุคคลและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ รวมทั้งป้องกันการใช้การประเมินและข้อมูลที่ลำเอียงไปใช้ในทางที่ผิด

8. การฝึกอบรม และการสอน (supervision training and teaching) เกิดขึ้นได้ทั้งในสถานศึกษา และสถานที่ทำงาน และอาจเกิดขึ้นในรูปแบบเผชิญหน้าหรือออนไลน์ มาตรฐานในส่วนนี้เกี่ยวข้องกับการดูแล

ทางคลินิกซึ่งเป็นคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องตามจรรยาบรรณและปกป้องสวัสดิภาพของผู้รับบริการ หัวหน้างาน ที่ปรึกษาและครูผู้สอนของนักให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพจึงต้องส่งเสริมความสัมพันธ์ทางวิชาชีพและอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม รวมทั้งให้ความช่วยเหลือนักเรียนเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

9. งานวิจัยและการตีพิมพ์ (research and publication) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดำเนินการวิจัยควรสนับสนุนให้เกิดฐานความรู้ของวิชาชีพ อีกทั้งยังต้องส่งเสริมสวัสดิการของคนพิการและมีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะที่จะนำไปสู่สังคมที่มีความเป็นธรรม นอกจากนี้ยังต้องสนับสนุนการทำงานวิจัยด้วยการให้ความร่วมมือ ลดความลำเอียง และความเคารพในการออกแบบและการดำเนินการวิจัย และเข้าใจถึงความจำเป็นในการวิจัยในกลุ่มคนพิการและผู้ด้อยโอกาส

10. เทคโนโลยี สื่อสังคมออนไลน์ และการให้คำปรึกษาทางไกล (technology social media and distance counseling) นักให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพตระหนักดีว่าการให้บริการไม่ได้จำกัดเฉพาะการพบปะกันโดยตรงจึงพยายามเข้าใจธรรมชาติของเทคโนโลยี สื่อสังคมออนไลน์ และการให้คำปรึกษาทางไกล รวมทั้งการใช้ทรัพยากรดังกล่าวเพื่อให้บริการผู้รับบริการได้ดีขึ้น นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องคำนึงถึงการปฏิบัติตามกฎหมาย จรรยาบรรณ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความลับเมื่อใช้เทคโนโลยีเหล่านี้

11. การปฏิบัติงานทางธุรกิจ (business practices) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องปฏิบัติงานอย่างซื่อสัตย์สุจริต อีกทั้งยังอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการและการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างไม่มีข้อจำกัดภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพของตน

12. แก้ไขปัญหาทางจริยธรรม (resolving ethical issues) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทำหน้าที่อย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรมและกฎหมาย รวมทั้งตระหนักว่าสวัสดิภาพของผู้รับบริการและความไว้วางใจในวิชาชีพขึ้นอยู่กับความประพฤติแบบมีอาชีพของตนเอง และมุ่งมั่นแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมด้วยการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมาและเปิดกว้าง นอกจากนี้ยังต้องปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณและมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

ส่วนในออสเตรเลีย สมาคมนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของประเทศได้บัญญัติประมวลจรรยาบรรณวิชาชีพของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดสวัสดิภาพทางสังคม จรรยาบรรณวิชาชีพนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของประเทศออสเตรเลียประกอบด้วยมาตรฐานและกฎระเบียบที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ซึ่งหากผู้ปฏิบัติงานฝ่าฝืนจรรยาบรรณดังกล่าวจะต้องได้รับการลงโทษทางวินัย โดยจัดสรรเป็นหมวดหมู่ดังนี้ [48]

1. มาตรฐานทางจรรยาบรรณทั่วไป (general ethical standards) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องปฏิบัติตามกฎหมาย จรรยาบรรณ และจริยธรรมโดยยึดหลักจริยธรรมที่บัญญัติไว้ หลีกเลี่ยงการกระทำที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่น หรือให้คำปรึกษาที่ไม่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการ ที่นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง รวมทั้งนำทักษะและประสบการณ์มาใช้ในการปฏิบัติงาน สวัสดิภาพของผู้รับบริการมีความสำคัญเหนือผลประโยชน์ของตนเอง เพื่อนร่วมงาน หรือ นายจ้าง กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานข้อนี้ ได้แก่ การปฏิบัติตามประมวลจรรยาบรรณของวิชาชีพ การซื่อสัตย์และไม่แสวงหาผลประโยชน์จากผู้รับบริการ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

2. จรรยาบรรณของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีต่อผู้รับบริการ (rehabilitation counsellor – client) ความสัมพันธ์ระหว่างนักให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและผู้รับบริการเป็นหัวใจสำคัญของการให้คำปรึกษา นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจำเป็นต้องติดต่อสัมพันธ์กับผู้รับบริการ สร้างบรรยากาศความไว้วางใจ รักษาความลับ และปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานข้อนี้เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและผู้รับบริการ ได้แก่ การแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และขอบเขตการให้บริการให้คำปรึกษา การเคารพในวิถีชีวิต ทัศนคติ และความเชื่อของผู้รับบริการ การรักษาความลับและหลีกเลี่ยงการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับบริการ รวมทั้งการไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้รับบริการ เป็นต้น

3. จรรยาบรรณของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีต่อนายจ้างหรือลูกจ้างของลูกจ้าง (rehabilitation counsellor – client’s employer or prospective employer) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพมีหน้าที่ประเมินความสามารถและข้อจำกัดของผู้รับบริการเพื่อส่งเสริมสวัสดิภาพของผู้รับบริการเอง นอกจากนี้ยังต้องให้ข้อมูลความสามารถในการทำงานที่ถูกต้องของผู้รับบริการแก่นายจ้างของผู้รับบริการด้วย ทั้งนี้ นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะไม่แนะนำผู้รับบริการที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ให้นายจ้าง เนื่องจากอาจจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ หรือเพื่อนร่วมงาน

4. จรรยาบรรณของนักให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพ (rehabilitation counsellor – rehabilitation counsellor) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพควรให้การส่งเสริมเพื่อนร่วมวิชาชีพให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและปฏิบัติตามประมวลจรรยาบรรณที่กำหนดไว้ รวมถึงแบ่งปันข้อมูลความรู้เพื่อพัฒนาวิชาชีพ และไม่เปิดเผยข้อมูลที่อาจจะส่งผลเสียต่อการทำงานของเพื่อนร่วมวิชาชีพ นอกจากนี้การถ่ายโอนผู้รับบริการระหว่างกันนั้นเป็นที่ยอมรับได้โดยต้องได้รับการยินยอมจากผู้รับบริการแล้ว

5. จรรยาบรรณของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีต่อผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ (rehabilitation counsellor – other professionals) ในการพัฒนาแผนการรักษาของผู้รับบริการต้องเกี่ยวข้องกับผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ ดังนั้นนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงควรอำนวยความสะดวกแก่ผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานข้อนี้ ได้แก่ การจัดบริการอย่างเพียงพอให้แก่ผู้รับบริการ การตรวจสอบว่าผู้รับบริการเข้าใจข้อมูลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญคนอื่น ๆ การทำความเข้าใจแผนการฟื้นฟูผู้รับบริการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญคนอื่น ๆ รวมทั้งการจัดทำรายงานและข้อสรุปจากการให้บริการให้ผู้เชี่ยวชาญคนอื่นทราบเพื่อร่วมกันวางแผนและดำเนินการตามแผนการฟื้นฟูผู้รับบริการ เป็นต้น

6. จรรยาบรรณของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีต่อนายจ้าง/หัวหน้างาน (rehabilitation counsellor – his/her employer, agency, supervisor) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะปฏิบัติตามเงื่อนไขการทำงานที่กำหนดโดยหน่วยงานที่เป็นนายจ้างและหัวหน้างาน โดยพยายามปรับปรุงเงื่อนไขและข้อบังคับเกี่ยวกับการจ้างงานที่ไม่เป็นธรรมหรือทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของวิชาชีพลดลง รวมทั้งถ่ายโอนข้อมูลของผู้รับบริการให้แก่ผู้รับผิดชอบคนอื่นเมื่อเกิดเหตุการณ์ลาออกหรือออกจากตำแหน่ง และการแจ้งให้นายจ้างหรือหัวหน้างานทราบเกี่ยวกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

7. จรรยาบรรณของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีต่อชุมชน (rehabilitation counsellor – community) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความพิการและสวัสดิการของคนพิการ รวมทั้งการยอมรับหลักการของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เกิดขึ้นในชุมชน โดยนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะไม่เข้าร่วมในข้อตกลงหรือการดำเนินการใด ๆ ของชุมชนที่เป็นการเอารัดเอาเปรียบผู้รับบริการ รวมทั้งหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือความสัมพันธ์ที่อาจเป็นผลประโยชน์ทับซ้อนในชุมชน

8. จรรยาบรรณของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาไว้ซึ่งสมรรถนะของวิชาชีพ (rehabilitation counsellor and maintenance of professional competency) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องสร้างและรักษาระดับความสามารถทางวิชาชีพไว้ในระดับที่ผู้รับบริการจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากการให้บริการของตนเอง โดยการเข้าร่วมการประชุม หรือการฝึกอบรมหลักสูตรต่าง ๆ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานของตน การริเริ่มการฝึกอบรมที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้งการพัฒนาวิชาชีพโดยการดูแลผู้ที่ฝึกงานด้านการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยไม่แสวงหาผลประโยชน์ให้แก่ตนเอง

สำหรับประเทศไทย ในปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานที่มีบทบาทโดยตรงกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเช่นในต่างประเทศ แต่มีสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติที่เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดแนวทางหรือมาตรการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการของประเทศ ทั้งนี้หากพิจารณาในส่วนของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จากการทบทวน

เอกสารพบว่าไม่ได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติหรือแนวทางการปฏิบัติงานแต่เป็นการระบุกิจกรรมที่ให้บริการในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยกิจกรรมที่ให้บริการประกอบด้วย [13]

- 1) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ครอบครัว และรายกลุ่ม
- 2) กำหนดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่าง ๆ ตามความต้องการและเหมาะสม ช่วยบุคคลให้เผชิญกับผลที่เกิดจากความพิการโดยการให้คำปรึกษาด้านส่วนตัว การแพทย์ การศึกษา สังคม อาชีพ และเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก
- 3) ให้คำปรึกษากับคนพิการที่พิการแต่กำเนิด พิการเนื่องจากเจ็บป่วย อุบัติเหตุ หรือสาเหตุอื่น ๆ ประเมินจุดแข็ง จุดอ่อนของคนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง การประเมินรายงานทางการแพทย์และรายงานจากสถานศึกษา สัมภาษณ์คนพิการและครอบครัว การปรึกษาหารือร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อจัดบริการที่เหมาะสม และวางแผนเป้าหมายในการพัฒนาคนพิการให้มีศักยภาพและทักษะในด้านต่าง ๆ ได้แก่ กระบวนการปรับตัว หลังเกิดภาวะความพิการ ความมั่นใจในตัวเอง ความมีคุณค่าในตัวเอง ภาวะการเผชิญปัญหาและการตัดสินใจ การสูญเสียพลังอำนาจ
- 4) แนะนำและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนและจัดการเกี่ยวกับการดูแลทางด้านการแพทย์ การศึกษา สังคม อาชีพ และเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก และการจัดวางตัวบุคคลในงาน การพัฒนาโปรแกรม การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการปรึกษาหารือร่วมกับคนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 5) ประเมิน และวิเคราะห์ แปล/ตีความหมายสิ่งต่าง ๆ ด้านการศึกษา สังคม การแพทย์ จิตวิทยาและข้อมูลทางอาชีพ
- 6) การพัฒนาแผนการวินิจฉัยคนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นรายบุคคลเพื่อทราบประเภทและระดับความพิการและวางแผนจัดสิ่งอำนวยความสะดวก การจัดการในเรื่องการให้บริการและการบำบัดพิเศษทางการแพทย์
- 7) จัดทำและพัฒนาแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพรายบุคคล
- 8) มีส่วนร่วมในการพัฒนางานและจัดทำโปรแกรมการจัดวางตัวบุคคลในงาน การติดต่อนายจ้าง การติดตามคนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้งานมาแล้ว
- 9) พัฒนาชุมชนซึ่งเป็นแหล่งที่มีคนพิการให้สามารถช่วยเหลือหรือให้บริการคนพิการ
- 10) ร่วมวางแผนกับทีมสหวิชาชีพในการสร้าง ปรับ ดัดแปลง สิ่งอำนวยความสะดวก และโปรแกรม เพื่อช่วยเหลือคนพิการ

ทั้งนี้จากการทบทวนเอกสารต่าง ๆ พบว่ายังไม่ได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสากลเฉพาะสำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานสำหรับการให้คำปรึกษาโดยทั่วไป

4.2 การเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

การเข้าถึงบริการในการศึกษานี้แบ่งประเด็นการศึกษาออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ 1. การมีอยู่ของบริการ (availability) 2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (geographical accessibility) 3) ความสามารถในการจ่าย (affordability) 4) ความเหมาะสม (appropriateness) และ 5) การยอมรับ (acceptability) รวมถึงผลลัพธ์ของคณพิกการที่ได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคณพิกการในโรงพยาบาล มีผลการศึกษาดังนี้

1) การมีอยู่ของบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคณพิกการในโรงพยาบาล

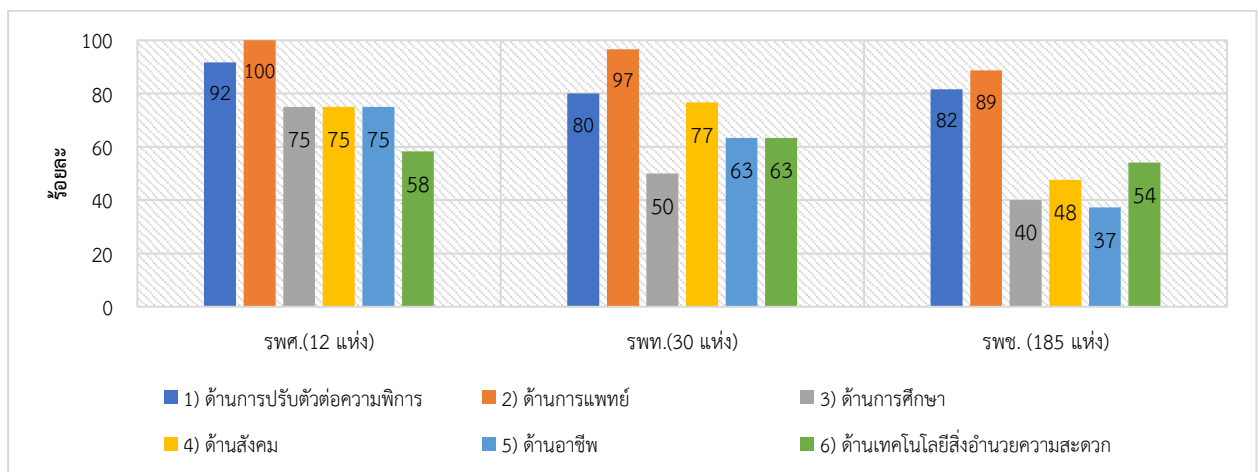
1.1) บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคณพิกการ

จากการสำรวจโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตอบแบบสำรวจ จำนวน 363 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 80.0 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 69.7 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 60.7 มีบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคณพิกการในโรงพยาบาล (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคณพิกการ

ระดับโรงพยาบาล	ไม่มีบริการ		มีบริการ	
	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
โรงพยาบาลศูนย์ (A)	3	20.0	12	80.0
โรงพยาบาลทั่วไป	13	30.3	30	69.7
โรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด (S)	7	26.9	19	73.1
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)	6	35.3	11	64.7
โรงพยาบาลชุมชน	120	39.3	185	60.7
โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2)	16	35.6	29	64.4
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1)	18	51.4	17	48.6
โรงพยาบาลชุมชน (F2)	66	34.7	124	65.3
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)	20	57.1	15	42.9
รวม	136	37.5	227	62.5

ประเภทของบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ทุกแห่ง มีบริการให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ และส่วนใหญ่หรือมากกว่าร้อยละ 90 มีให้คำปรึกษาด้านการปรับตัวต่อความพิการ และประมาณร้อยละ 75 มีให้คำปรึกษาด้านการศึกษา ด้านสังคม และด้านอาชีพ ส่วนการให้คำปรึกษาด้านเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นบริการที่มีน้อยที่สุด (ร้อยละ 58.3) ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ประเภทบริการที่มีมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ (ร้อยละ 96.7) ให้คำปรึกษาด้านการปรับตัวต่อความพิการ (ร้อยละ 80.0) และให้คำปรึกษาด้านสังคม (ร้อยละ 76.7) น้อยที่สุดคือ ด้านการศึกษา (ร้อยละ 50.0) ส่วนโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ร้อยละ 88.6 มีให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ ร้อยละ 81.6 มีให้คำปรึกษาด้านการปรับตัวต่อความพิการ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนมากกว่าครึ่งไม่มีบริการ ดังต่อไปนี้ 1) ให้คำปรึกษาด้านการศึกษา (ร้อยละ 60.0) 2) ให้คำปรึกษาด้านอาชีพ (ร้อยละ 62.7) และ 3) ให้คำปรึกษาด้านสังคม (ร้อยละ 52.4) (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 ประเภทบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาด้านรูปแบบบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ทุกแห่งมีการให้บริการปรึกษารายบุคคล ส่วนการให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่ม มีโรงพยาบาล ร้อยละ 33.3 ที่มีให้บริการ ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) มีการให้บริการปรึกษารายบุคคล ร้อยละ 96.7 แบบรายกลุ่ม ร้อยละ 50.0 ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ร้อยละ 95.7 และรายกลุ่ม ร้อยละ 36.4 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 รูปแบบบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

บริการ	รพศ. (12 แห่ง)		รพท. (30 แห่ง)		รพช. (185 แห่ง)	
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี
การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	0 (0)	12 (100)	1 (3.3)	29 (96.7)	8 (4.3)	177 (95.7)
การให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่ม	8 (66.7)	4 (33.3)	15 (50.0)	15 (50.0)	117 (63.6)	67 (36.4)

นอกจากนี้ในส่วนของผู้ที่เข้ารับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ข้อมูลจากการสำรวจโรงพยาบาล พบว่า ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2561 โรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ให้บริการเฉลี่ย 200 คนต่อปี และให้บริการ 600-700 ครั้งต่อปี สำหรับโรงพยาบาลชุมชน มีผู้ให้บริการเฉลี่ย 200-300 คนต่อปี และให้บริการประมาณ 700-900 ครั้งต่อปี (ตารางที่ 5) อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลศูนย์ไม่สามารถนับจำนวนผู้รับบริการได้เนื่องจากไม่มีการบันทึก ในส่วนของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ในช่วง 30 กันยายน พ.ศ. 2558 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559 มีคนพิการที่เข้ารับบริการ จำนวน 176 ราย และให้บริการจำนวน 647 ครั้ง โดยส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล และในช่วงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2559 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2560 มีคนพิการที่เข้ารับบริการ จำนวน 167 ราย และมีการให้บริการจำนวน 414 ครั้ง โดยส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเช่นกัน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 จำนวนการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภท รพ.	จำนวน (แห่ง)	จำนวนบริการ			
		Mean	SD	Median	IQR
		คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง	คน/ครั้ง
โรงพยาบาลศูนย์	ไม่สามารถจำแนกได้				
โรงพยาบาลทั่วไป					
ปีงบประมาณ 2559	7	241/638	266/755	113/390	394/1,660
ปีงบประมาณ 2560	9	220/710	286/996	50/271	398/1,238
ปีงบประมาณ 2561	8	217/731	230/1,063	126/153	326/1,629
โรงพยาบาลชุมชน					
ปีงบประมาณ 2559	58	247/760	484/1,859	86/185	222/442
ปีงบประมาณ 2560	64	303/877	810/2,194	88/225	189/578
ปีงบประมาณ 2561	71	337/878	962/2,025	89/201	296/647

ตารางที่ 6 จำนวนการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ประเภทบริการ	จำนวนการให้บริการ			
	30 ก.ย. 58 – 31 ส.ค. 59		30 ก.ย. 59 – 31 ส.ค. 60	
	ราย	ครั้ง	ราย	ครั้ง
การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	82	553	38	228
การให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่ม	63	63	44	101
คลินิกเติมรัก	31	31	85	85
รวม	176	647	167	414

1.2) บุคลากรในการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

เมื่อจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลที่มีการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พบว่า โรงพยาบาลศูนย์มากกว่าร้อยละ 70 มีการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยบุคลากรในหลากหลายวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลจิตเวช แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตแพทย์ นักจิตวิทยาทั่วไป และนักจิตวิทยาคลินิก ส่วนระดับโรงพยาบาลทั่วไป บุคลากรที่ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการส่วนใหญ่เป็น นักสังคมสงเคราะห์ (ร้อยละ 90.0) นักกายภาพบำบัด (ร้อยละ 86.7) พยาบาลจิตเวช (ร้อยละ 86.7) จิตแพทย์ (ร้อยละ 70.0) และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (ร้อยละ 70.0) ตามลำดับ ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่บุคลากรที่ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ คือ นักกายภาพบำบัด (ร้อยละ 91.9) และพยาบาลจิตเวช (ร้อยละ 67.0) (ตารางที่ 7) นอกจากนี้จากการสำรวจข้อมูลของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ พบว่า บุคลากรที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักสังคมสงเคราะห์ และนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

ตารางที่ 7 บุคลากรที่ให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

บุคลากร	รพศ. (12 แห่ง)		รพท. (30 แห่ง)		รพช. (185 แห่ง)	
	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	2 (16.7)	10 (83.3)	9 (30.0)	21 (70.0)	174 (94.1)	11 (5.9)
จิตแพทย์	2 (16.7)	10 (83.3)	9 (30.0)	21 (70.0)	176 (95.1)	9 (4.9)
นักกายภาพบำบัด	2 (16.7)	10 (83.3)	4 (13.3)	26 (86.7)	15 (8.1)	170 (91.9)
นักกิจกรรมบำบัด	1 (8.3)	11 (91.7)	20 (66.7)	10 (33.3)	167 (90.3)	18 (9.7)
พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู	2 (16.7)	10 (83.3)	24 (82.8)	5 (17.2)	169 (91.8)	15 (8.2)
พยาบาลจิตเวช	2 (16.7)	10 (83.3)	4 (13.3)	26 (86.7)	61 (33.0)	124 (67.0)
นักจิตวิทยาทั่วไป	2 (16.7)	10 (83.3)	19 (63.3)	11 (36.7)	150 (81.1)	35 (18.9)
นักจิตวิทยาคลินิก	3 (25.0)	9 (75.0)	15 (50.0)	15 (50.0)	168 (90.8)	17 (9.2)
นักสังคมสงเคราะห์	2 (16.7)	10 (83.3)	3 (10.0)	27 (90.0)	183 (98.9)	2 (1.1)

2) การเข้าถึงแหล่งบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

การเข้าถึงแหล่งบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ครอบคลุมด้านระยะทางจากที่พักอาศัยของผู้รับบริการถึงสถานพยาบาล โดยจากการสำรวจคนพิการที่ได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พบว่าผู้ที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านถึงสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ประมาณ 11-30 กิโลเมตร (ค่าเฉลี่ย 78.6 กิโลเมตร มากที่สุด 600 กิโลเมตร และน้อยที่สุด 20 กิโลเมตร) ส่วนผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 กิโลเมตร (ค่าเฉลี่ย 10.6 กิโลเมตร มากที่สุด 40 กิโลเมตร และน้อยที่สุด 1 กิโลเมตร) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ระยะทางจากบ้านคนพิการถึงสถานบริการ

ระยะทาง	สถาบันสรีรเพื่อการพัฒนาสุขภาพทางการแพทย์แห่งชาติ		โรงพยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 5 กิโลเมตร	0	0.0	37	50.0
6-10 กิโลเมตร	0	0.0	15	20.3
11-30 กิโลเมตร	8	42.1	15	20.3
31-50 กิโลเมตร	2	10.5	7	9.5
51 กิโลเมตรขึ้นไป	9	47.4	0	0.0
Mean	78.6		10.6	
SD	129.578		11.404	
Median	50		5	
IQR	52		12	
Min	20		1	
Max	600		40	

3) ความสามารถในการจ่าย

จากข้อมูลการสำรวจคนพิการที่เคยรับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พบว่าการมารับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ แต่จะเสียค่าใช้จ่ายในส่วน of ค่าเดินทาง ค่าอาหาร รวมถึงค่าที่พักกรณีที่มีการเดินทางมาจากต่างจังหวัด

4) ความเหมาะสมของการบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีรูปแบบเป็นเพียงการให้คำปรึกษาเบื้องต้นต่อคนพิการและญาติ โดยเจ้าหน้าที่แต่ละวิชาชีพจะให้คำปรึกษาควบคู่กับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และให้คำแนะนำตามความถนัดของวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดจะให้คำแนะนำเรื่องสมรรถภาพทางกาย และการปรับพฤติกรรมของครอบครัว รวมถึงการให้กำลังใจ แต่ในบางแห่งจะให้คำแนะนำเรื่องการศึกษาและการประกอบอาชีพร่วมด้วย ส่วนนักสังคมสงเคราะห์จะให้คำแนะนำเรื่องสิทธิประโยชน์ที่คนพิการพึงได้รับ

สิทธิการรักษาพยาบาล และการขอรับค่าเสียหาย (ในกรณีพิพาทจากอุบัติเหตุ) การประกอบอาชีพ การกู้ยืมเงิน สำหรับคนพิการ เป็นต้น

นอกจากนี้โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะใช้วิธีการหรือเทคนิคในการให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมกับคนพิการแต่ละประเภท เช่น โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งมีกระบวนการให้คำปรึกษาแบบเบื้องต้น โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ จากนั้นจะให้ผู้พิการพูดหรือบอกความต้องการความช่วยเหลือ หรือความคับข้องใจ โดยที่ผู้ให้คำปรึกษาจะเน้นการปรับวิธีคิดในเชิงบวก จากนั้นจะเป็นการดูแลติดตาม และให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้พิการ เนื่องจากเห็นว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลคนพิการ ซึ่งถือว่ามีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โดยรูปแบบการให้คำปรึกษาจะประกอบด้วยการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะใช้กับกลุ่มผู้ที่ต้องการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ใช้สารเสพติด ส่วนคนพิการจะเป็นการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เนื่องจากต้องการเน้นให้คนพิการเรียนรู้การปรับตัวตามสภาพความพิการแต่ละประเภทและขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละคนเป็นหลัก โดยมีเครื่องมือแบบวัดความเครียดและภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ทั้งนี้รูปแบบจะแตกต่างกันไปตามนโยบายของโรงพยาบาลและจำนวนบุคลากรในแผนกเวชกรรมฟื้นฟูที่มีอยู่

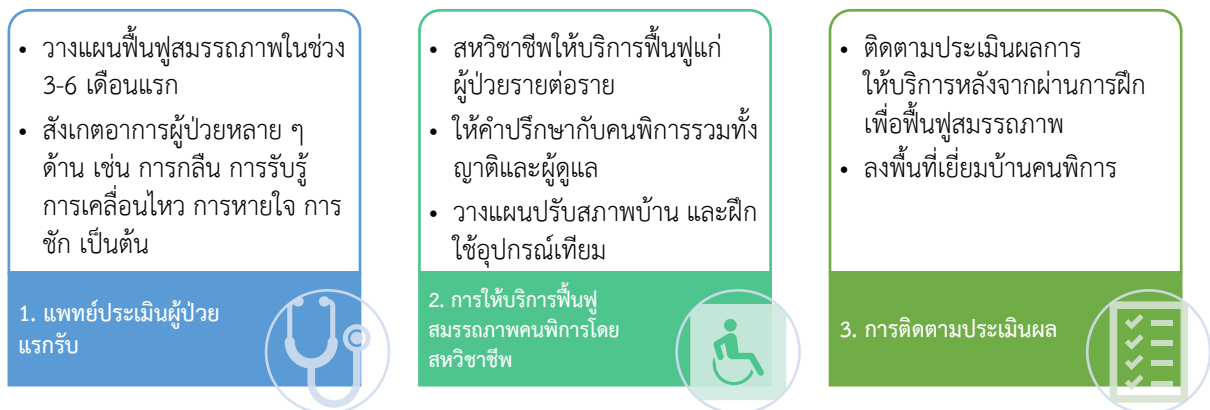
ส่วนผู้ให้ข้อมูลบางส่วนจากโรงพยาบาลศูนย์ระบุว่า การให้คำปรึกษาเบื้องต้นจะพิจารณาจากสภาพปัญหาและสิ่งแวดล้อมของคนพิการเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ โดยมีการตรวจคัดกรองถึงสภาพปัญหา ภาวะความเครียดที่มีก่อนเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูโดยสหวิชาชีพ ซึ่งคนพิการจะมีความต้องการได้รับคำปรึกษามากน้อยแตกต่างกัน อีกทั้งเทคนิคในการให้คำปรึกษา การค้นหา และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรที่ให้คำปรึกษาในการฟื้นฟูและคนพิการรวมถึงญาติ ผู้ดูแลนั้นก็เป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะนำไปสู่การตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูร่วมกัน ซึ่งนอกจากการประเมินและให้การฟื้นฟูตามกระบวนการแล้ว การติดตามประเมินผลภายหลังสิ้นสุดกระบวนการที่โรงพยาบาลก็เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเช่นกัน

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกประเภทส่วนใหญ่เห็นว่าปัจจุบันยังขาดแนวทางปฏิบัติ (practice guideline) ที่เป็นมาตรฐานสำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทำให้กระบวนการให้คำปรึกษาแก่คนพิการแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล บางโรงพยาบาลมีการประเมินคนพิการโดยใช้แบบประเมินภาวะเครียดหรือซึมเศร้าก่อนให้คำปรึกษา แต่ในบางโรงพยาบาลมีการประเมินคนพิการโดยใช้การสังเกตอาการแทน นอกจากนี้ในปัจจุบันผู้ให้บริการส่วนใหญ่ใช้ความรู้ที่เรียนมาในหลักสูตรการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยร่วมกับประสบการณ์การทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมาประยุกต์ใช้เพื่อให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นหลัก โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความเห็นสอดคล้องกันว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ควรร่วมกันพัฒนาแนวทางมาตรฐานการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เพื่อให้บริการให้คำปรึกษาเป็นมาตรฐานและมีรูปแบบ

การให้บริการเป็นไปในทิศทางเดียวกันในทุกโรงพยาบาล โดยให้ระบุขอบเขต หน้าที่ความรับผิดชอบ คุณสมบัติ ผู้ให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ และการประเมินผล รวมทั้งแบบประเมินที่เกี่ยวข้อง

สำหรับขั้นตอนการให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลนั้น เนื่องจากปัจจุบันไม่มีการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลโดยนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระบวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจึงสอดคล้องกับการให้บริการทางการแพทย์โดยทั่วไป กล่าวคือ แพทย์เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยแรกรับ และตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยต่าง ๆ หรือโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการที่จำเป็นกับผู้ป่วยได้ในขณะนั้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ขั้นตอนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ส่วนใหญ่ มีดังนี้ (รูปที่ 3)

- 1) แพทย์ประเมินผู้ป่วยแรกรับเพื่อประเมินภาวะพิการและวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพในช่วง 3-6 เดือนแรก ในการประเมินผู้ป่วยแรกรับ แพทย์จะประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วยในหลายด้าน เช่น การเคลื่อนไหว การรับรู้ การกิน การกลืน การหายใจ ความซึมเศร้า อาการชัก และอื่น ๆ และการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เป็นหลัก
- 2) สหวิชาชีพจะหารือกันเกี่ยวกับวิธีการฟื้นฟูที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อกระตุ้นให้คนพิการปรับตัว เรียนรู้ และยอมรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนเป็นการเสริมพลังให้กับคนพิการและญาติ/ผู้ดูแล ในขั้นตอนนี้จะรวมถึงการวางแผนการปรับสภาพบ้าน และการฝึกใช้อุปกรณ์เทียมด้วย
- 3) หลังจากผ่านการฝึกเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ จะมีการประเมินและติดตามพัฒนาการเป็นระยะ หลายโรงพยาบาลใช้วิธีการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านคนพิการทุก 2 สัปดาห์ หรือทุกเดือน



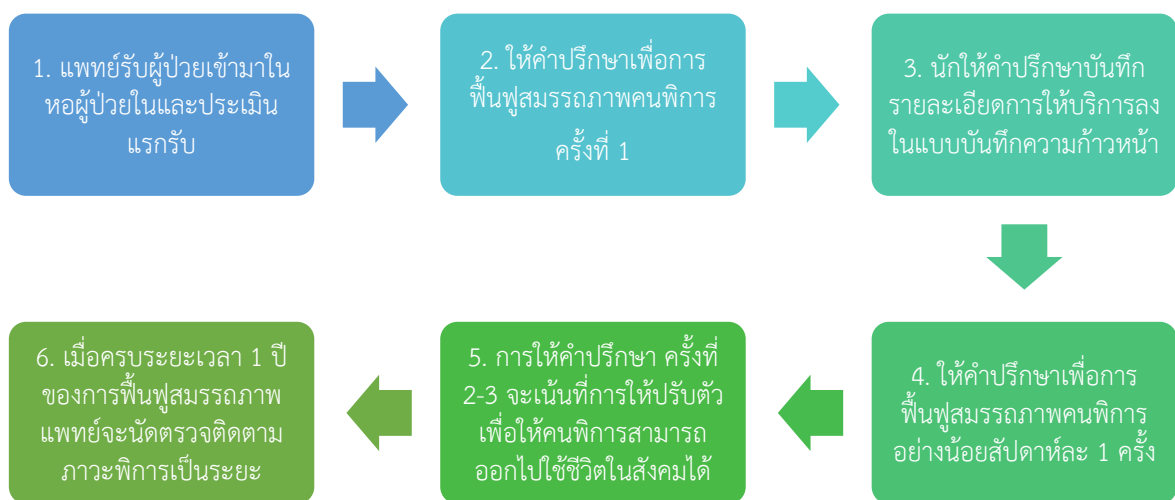
รูปที่ 3 ขั้นตอนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

ในขณะที่สถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งมีบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยเฉพาะ และมีขั้นตอนการให้บริการที่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด โดยมีขั้นตอนและรายละเอียด ดังนี้ (รูปที่ 4)

- 1) แพทย์รับผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วยในและประเมินคนพิการ จากนั้นจะส่งต่อผู้ป่วยให้กับแผนกกายภาพบำบัด แผนกกิจกรรมบำบัด และแผนกการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในระยะเวลา 1 ปี คนพิการจะเข้ารับบริการ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 เดือน โดยแต่ละครั้งจะมีระยะห่างประมาณ 3 เดือน
- 2) การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ครั้งที่ 1 มักจะเป็นการพูดคุยทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงถึงภาวะโรคหรือความพิการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการกับคนพิการ และใช้แบบประเมินเบื้องต้นที่พัฒนาขึ้นเองโดยนักให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 30-45 นาที หรืออาจมากกว่านั้นในบางราย
- 3) นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการบันทึกรายละเอียดการให้บริการลงในแบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note) โดยส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย (diagnosis) ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกการบริการให้คำปรึกษา (SOAP Note) ประกอบด้วย 1) Subjective (S) เป็นข้อมูลการมารับการรักษาของคนพิการ 2) Objective (O) เป็นข้อมูลแผนการให้คำปรึกษาหรือบริการของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 3) Assessment (A) เป็นการประเมินระยะในการปรับตัวของคนพิการ 4) Plan (P) เป็นแผนการให้คำปรึกษาที่จะเกิดขึ้นโดยอาจเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลหรือการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และส่วนที่ 3 บันทึกข้อมูลวันนัดหมายครั้งต่อไป ขั้นตอนการบันทึกการให้บริการนี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที
- 4) ในระหว่างที่คนพิการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นระยะเวลา 1 เดือน คนพิการทุกคนจะได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่หากประเมินแล้วคนพิการอยู่ในระยะที่ 2-3 อาจปรับการนัดหมายให้คำปรึกษาเป็นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือ 4-8 ครั้งต่อเดือน หลังครบระยะเวลา 1 เดือน นักให้คำปรึกษาจะประเมินคนพิการอีกครั้ง โดยมีเป้าหมายคือสมรรถภาพของคนพิการจะต้องมีการพัฒนาขึ้นอย่างน้อย 1 หน่วย ทั้งนี้ระยะเวลาการปรับตัวเป็นไปตามการกำหนดหน่วยของระยะ เช่น ระยะที่ 3 ประกอบด้วยระยะที่ 3.1, 3.2 และ 3.3 เป็นต้น (รายละเอียดแบบประเมินแสดงในภาคผนวก)
- 5) การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ครั้งที่ 2-3 จะเน้นไปที่การให้ปรับตัวไปถึงระยะที่ 4 หรือ 5 เพื่อให้คนพิการสามารถออกไปใช้ชีวิตในสังคมได้ เช่น การเรียน การทำงาน การดูแลครอบครัว เป็นต้น กรณีที่พิจารณาแล้วว่าจำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่น นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จะใช้การบันทึกเพื่อส่งต่อ

ให้กับแพทย์¹ โดยสรุปแล้วนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจะให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 12-24 ครั้งต่อคนพิการ 1 ราย โดยที่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

- 6) เมื่อครบระยะเวลา 1 ปีของการให้คำปรึกษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติแล้ว แพทย์จะนัดตรวจติดตามภาวะพิการเป็นระยะ และอาจนัดหมายให้คนพิการมาพบนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นบางครั้ง นอกจากนี้นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการใช้ช่องทางสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ (social network) เพื่อติดตามหรือสอบถามชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไปของคนพิการอยู่บ้าง



รูปที่ 4 ขั้นตอนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้หากพิจารณาด้านทักษะของบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่มีความรู้หรือทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยเฉพาะ มีเพียงโรงพยาบาลบางแห่งเท่านั้นที่มีการส่งบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยหลักสูตรดังกล่าวมีการสอดแทรกทักษะการให้คำปรึกษาด้วย ส่วนหลักสูตรการให้คำปรึกษามีผู้ให้สัมภาษณ์จากโรงพยาบาลสองแห่งเท่านั้นที่ระบุว่าเคยผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยผู้ให้สัมภาษณ์จากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งระบุว่าเป็นการอบรมที่จัดขึ้นโดยวิทยาลัยราชสุดาร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข องค์การพยาบาลและสภาการพยาบาลเป็น ระยะเวลา

¹ คนพิการที่มีภาวะโรคอื่นร่วมด้วยและไม่สามารถรับบริการให้คำปรึกษาได้ จะได้รับการส่งต่อไปรักษาตามภาวะโรคนั้น ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาได้ และผู้ป่วยทางจิตเวชจะได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับได้รับการให้คำปรึกษา เช่น โรคซึมเศร้า โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด รวมถึงโรคติดกัญชา

ประมาณหนึ่งสัปดาห์ ซึ่งได้เรียนรู้หลักการและทฤษฎีจิตวิทยาการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ทักษะการพูดและให้คำปรึกษา กฎหมายที่เกี่ยวกับการละเมิดสิทธิผู้อื่น การพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการและการจำลองสถานการณ์เป็นกรณีการทั้ง 7 ประเภท เพื่อให้เข้าใจกรณีการอย่างลึกซึ้ง และผู้ให้สัมภาษณ์จากโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งระบุว่าได้เข้าร่วมการอบรมหลักสูตรต่าง ๆ เช่น การอบรมที่จัดขึ้นโดยสมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย เนื้อหาส่วนใหญ่เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับจิตวิทยาทั่วไป ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการให้คำปรึกษากรณีการได้

5) การยอมรับ

จากข้อมูลการสำรวจกรณีการที่เคยได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีการในโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีการเป็นสิ่งที่สำคัญและมีประโยชน์มาก โดยเฉพาะในช่วงที่เกิดความพิการในระยะแรก จะรู้สึกท้อ สิ้นหวัง และมีความทุกข์มาก แต่เมื่อได้รับการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ทำให้มีความรู้สึกในทางที่ดีขึ้น และสามารถยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นได้

“ได้รู้ว่าตัวเองเป็นยังไง โรคเป็นยังไง ฟื้นฟูยังไงได้บ้าง” ผู้ให้สัมภาษณ์ลำดับที่ 11

“ยังแคว้งเฟิงเป็นมาใหม่ ๆ ตรงนี้จำเป็น ทำให้รู้ว่าทำอะไรได้อีก ทำอะไรได้บ้าง” ผู้ให้สัมภาษณ์ลำดับที่ 14

“ทำให้กลับไปใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม และช่วยปรับทางสภาพจิตใจให้ดีขึ้น” ผู้ให้สัมภาษณ์ลำดับที่ 22

“จำเป็นมากที่ต้องได้รับคำแนะนำทุกราย” ผู้ให้สัมภาษณ์ลำดับที่ 30

“นักให้คำปรึกษาลำคัญมาก มันทำให้ทัศนคติเปลี่ยนไปเลย เปลี่ยนเป็นคนละคนเลย” ผู้ให้สัมภาษณ์ลำดับที่ 34

“เป็นกำลังใจสำคัญที่สุด” ผู้ให้สัมภาษณ์ลำดับที่ 68

“ก่อนจะฟื้นฟูกายมันต้องฟื้นฟูใจก่อน ต้องควบคู่กันไปด้วยทั้งกายและใจ ทำให้เหมือนได้ชีวิตใหม่” ผู้ให้สัมภาษณ์ลำดับที่ 105

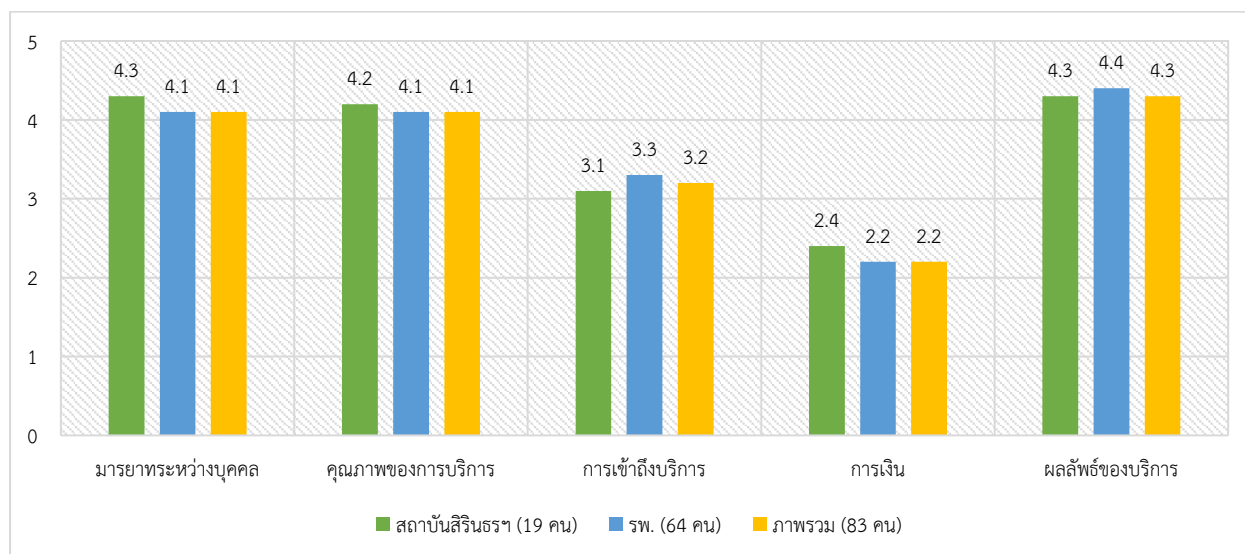
“ทำให้มีพลังมาก” ผู้ให้สัมภาษณ์ลำดับที่ 145

6) ผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

ผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต มีผลการศึกษา ดังนี้

6.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการได้รับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

จากการสอบถามคนพิการที่ได้รับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ พบว่า ในกรณีคนพิการที่ได้รับบริการที่โรงพยาบาล มิติผลลัพธ์ของบริการเป็นมิติที่ได้ค่าคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ 4.4 จากคะแนนเต็ม 5 ในขณะที่มิติด้านการเงินเป็นมิติที่ได้คะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุดคือ 2.2 คะแนน ส่วนคนพิการที่รับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มิติด้านการยาระหว่างบุคคลและมิติด้านผลลัพธ์ของบริการเป็นมิติที่ได้คะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ 4.3 คะแนน ส่วนมิติที่ได้คะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุดคือ มิติด้านการเงิน 2.2 คะแนน ทั้งนี้มิติด้านการเข้าถึงบริการมีคะแนนอยู่ 3.1-3.2 คะแนน โดยมีติดังกล่าวจะเกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องเวลาในการรอรับบริการ และความสะดวกในการมารักษาหรือปรึกษานอกเวลาการให้บริการ (รูปที่ 5 และตารางที่ 9)



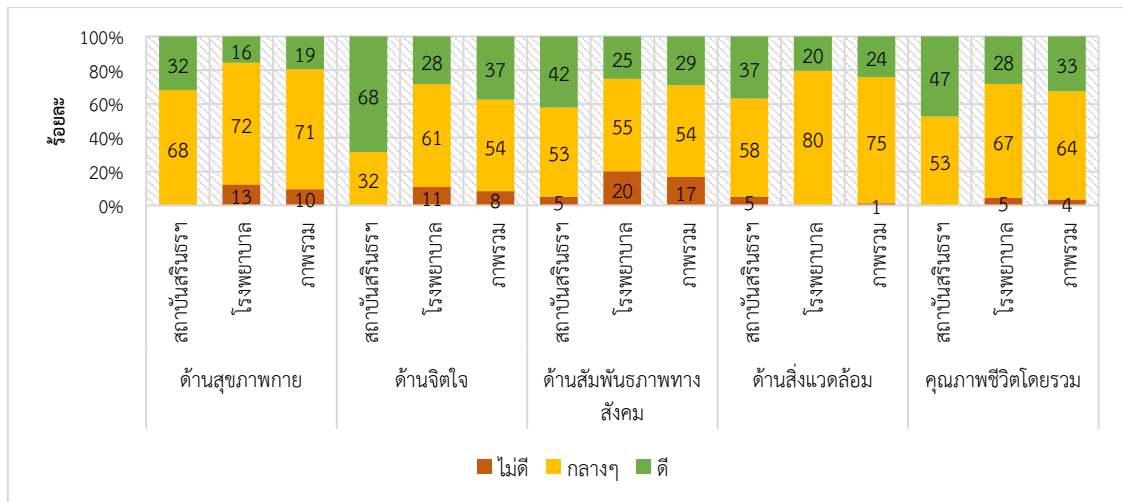
รูปที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจการรับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำแนกตามมิติที่ใช้ประเมิน

ตารางที่ 9 ผลการประเมินความพึงพอใจการรับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
จำแนกตามมิติที่ใช้ประเมินและตามรายชื่อ

มิติการประเมิน	ประเด็น	คะแนนเฉลี่ย		
		สถาบันสิรินธรฯ	รพ.	ภาพรวม
มารยาท ระหว่างบุคคล	ความสุภาพ	4.4	4.2	4.3
	ความเอาใจใส่	4.1	4.2	4.2
	การตระหนักถึงปัญหา	4.2	4.3	4.3
	การรักษาความลับ	4.3	3.4	3.6
คุณภาพของ การบริการ	ความสามารถของผู้ให้บริการ	4.4	4.3	4.3
	เวลาในการให้บริการ	4.4	4.3	4.3
	การอธิบายการรักษา	4.2	4.3	4.3
	การอธิบายผลการรักษา	4.2	4.2	4.2
	ความเชื่อมั่นในการรักษา	3.7	3.6	3.6
การเข้าถึง บริการ	เวลาในการรอรับบริการ	3.2	3.3	3.2
	ความสะดวกในการมารับรักษาหรือปรึกษานอกเวลา การให้บริการ	3.0	3.3	3.2
การเงิน	ความเต็มใจจ่ายค่าบริการฟื้นฟู	2.4	2.2	2.2
ผลลัพธ์ของ บริการ	ความพึงพอใจ	4.3	4.3	4.3
	ความพึงพอใจในภาพรวม	4.3	4.4	4.4

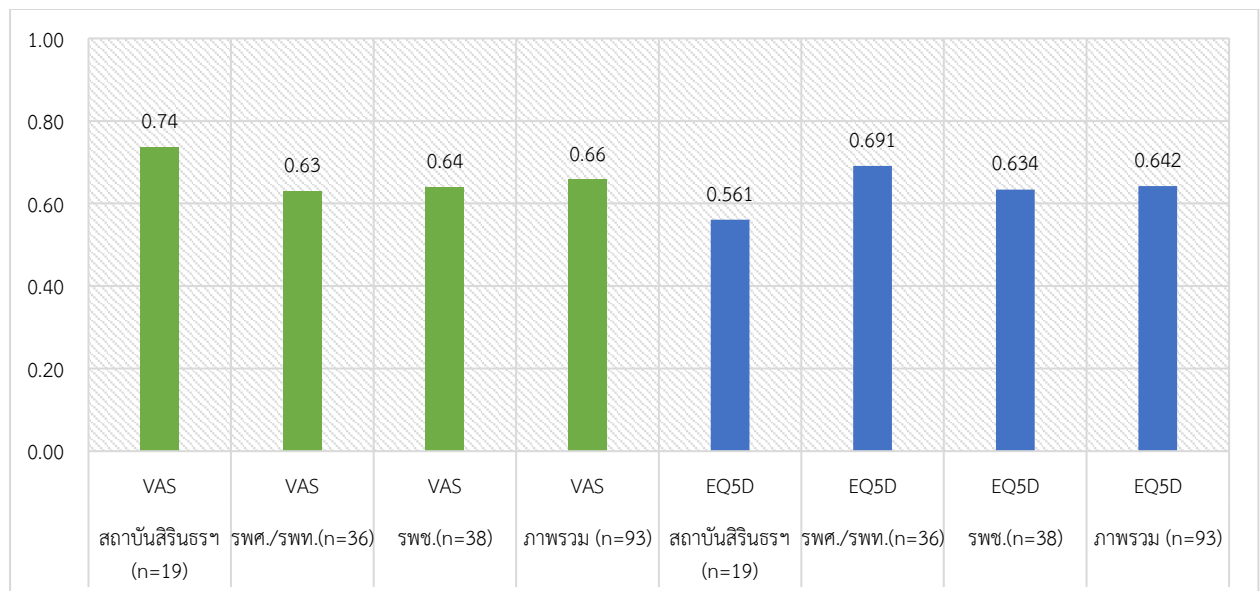
6.2 คุณภาพชีวิตคนพิการ

จากการสอบถามคนพิการที่ได้รับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต พบว่า การวัดคุณภาพชีวิตด้วยแบบขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) จำแนกตามแต่ละด้าน คนพิการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลาง และหากพิจารณาด้านจิตใจ พบว่าคนพิการที่ได้รับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 68) ในขณะที่คนพิการที่ได้รับบริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีถึงร้อยละ 17 ที่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี ซึ่งสูงกว่าด้านอื่น ๆ (รูปที่ 6)



รูปที่ 6 คุณภาพชีวิตคนพิการ ตามแบบประเมินขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)

สำหรับการวัดคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน Visual analog scale (VAS) และ EQ5D ฉบับภาษาไทย พบว่าเมื่อวัดด้วยแบบประเมิน VAS มีคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.66 และ EQ5D มีคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.642 หากพิจารณาตามประเภทสถานบริการ คนพิการที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มีคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.74 และ 0.561 (จากแบบประเมิน VAS และ EQ5D ตามลำดับ) คนพิการที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.63 และ 0.691 (จากแบบประเมิน VAS และ EQ5D ตามลำดับ) คนพิการที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน มีคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.64 และ 0.634 (จากแบบประเมิน VAS และ EQ5D ตามลำดับ) (รูปที่ 7)



รูปที่ 7 คุณภาพชีวิตคนพิการ ตามแบบประเมิน VAS และ EQ5D ฉบับภาษาไทย

ในส่วนของการติดตามคนพิการที่เคยเข้ารับบริการการให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลชุมชนไม่มีการติดตามผลลัพธ์อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการที่มีข้อจำกัดเรื่องการเดินทางและอยู่ไกลโรงพยาบาล รวมถึงคนพิการที่คิดว่าการให้คำปรึกษาไม่มีประโยชน์ จึงไม่ได้มารับการตรวจติดตามของโรงพยาบาล เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่ส่วนใหญ่ไม่มีระบบการติดตามคนพิการหลังการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน นอกจากคนพิการที่มาตามนัดของแพทย์ ส่วนคนพิการที่กลับเข้าสู่ชุมชนนั้นจะมีการติดตามหลากหลายรูปแบบ เช่น การเยี่ยมบ้าน การปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือมีคลินิกที่ให้บริการตามความต้องการของคนพิการ นอกจากนี้ รูปแบบในการติดตามผลการให้คำปรึกษา อาจแตกต่างออกไปตามประเภทของความพิการ เช่น การให้คำแนะนำเรื่องอาชีพของกลุ่มคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ที่ค่อนข้างมีอายุ หรือเป็นหัวหน้าครอบครัวกรณีเช่นนี้ญาติคนพิการที่เป็นผู้หุงจะพยายามหาอาชีพมารองรับเพื่อหารายได้เพิ่ม ดังนั้น ทีมเยี่ยมบ้านจึงเปลี่ยนเป็นให้คำปรึกษากับญาติหรือผู้ดูแลแทน เช่น การประกอบอาชีพ เป็นต้น

“ญาติผู้หญิงจากเดิมที่ต้องรอรายได้ ต้องกลายเป็นคนหาเงินเอง จะชวนชวามากกว่า”

ผู้ให้ข้อมูลจาก รพช.

ในทางกลับกัน สถานพยาบาลที่มีบริการให้คำปรึกษาอย่างชัดเจน เช่นที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จะมีระบบการติดตามที่เป็นรูปธรรม กล่าวคือ ติดตามและประเมินระยะการปรับตัวทุกครั้งหลังครบระยะเวลา 1 เดือนของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ละระยะ

“ถ้าไม่มีระบบการติดตามตรงนี้ อันที่เราลงทุนลงแรงฝึกอะไรมานี้เหมือนกับมันจะหาย ต้องมี ต้องมี สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง และถ้าดีกว่านั้นอีกก็คือ connection หรือกลุ่มคนไข้ที่ว่าเนี่ย อันนี้จะช่วยเสริมในเรื่องของ เป็น empowerment ของคนไข้ที่ดี สำคัญมาก ๆ เลยแหละ ช่วยได้เยอะมากเลย”

ผู้ให้ข้อมูลจากสถาบันสิรินธรฯ

7) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่

1. การจัดให้มีบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ควรมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนและขยายการให้บริการออกไปยังโรงพยาบาลที่มีงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู

2. การประชาสัมพันธ์บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้สื่อช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้คนพิการทราบว่ามีการบริการดังกล่าว รวมถึงการประชาสัมพันธ์ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

3. การสนับสนุนของครอบครัวหรือผู้ดูแล เนื่องจากเศรษฐกิจ รวมถึงการยอมรับและเข้าใจของคนพิการและครอบครัวหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับกระบวนการและผลลัพธ์จากการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

นอกจากนี้ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน มีความเห็นว่า การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เข้าถึงคนพิการกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น จะนำไปสู่การเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่จะดำเนินการในโรงพยาบาล

4.3 ความเป็นไปได้และรูปแบบการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมในโรงพยาบาล

ความเป็นไปได้ในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล ในการศึกษานี้จะพิจารณาครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ การยอมรับ (acceptability) ความต้องการ (demand) การนำไปปฏิบัติ (implementation) การดำเนินการ (practicality) การปรับเปลี่ยน (adaptation) การบูรณาการ (integration) และการขยายผล (expansion) รวมทั้งรูปแบบที่เป็นไปได้และเหมาะสมที่สุดในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า ในด้านการยอมรับในบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนมีความเห็นว่า การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีประโยชน์และจำเป็นทั้งต่อตัวคนพิการและครอบครัว เนื่องจากความพิการที่พบมักเกิดขึ้นโดยฉับพลัน กระทันหัน หรือไม่ได้มีการเตรียมใจไว้ก่อน คนพิการต้องเผชิญกับสภาวะฉับพลันในการเปลี่ยนแปลงศักยภาพที่เคยมีอยู่เดิม เสมือนอยู่ในภาวะวิกฤตว่าจะดำเนินชีวิตไปทิศทางใด ดังนั้นการให้คำปรึกษากับกลุ่มดังกล่าวในทุกด้านจึงเปรียบเสมือน “จุดเริ่มต้น” หรือ “ตัวช่วยพยุง” ให้สามารถตั้งหลักชีวิตได้อีกครั้ง และได้รู้ถึงศักยภาพของตนเอง ส่งผลดีทั้งต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และอาชีพ โดยเฉพาะ กำลังใจ ซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญมากต่อคนพิการ อีกทั้งการให้คำปรึกษายังถือเป็นกระบวนการให้ข้อเสนอแนะ (feedback) กับคนพิการเพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และยังเป็นแนวทางในการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้ดีขึ้นและรวดเร็วมากขึ้น

“ในความคิดเห็นส่วนตัวของผมก็เยี่ยมมากถ้าเกิดว่าจะขึ้นระบบนี้ขึ้นมาจริง ๆ ถ้าหากเรามีการพร้อมใจและก็ทำให้มันออกมาเป็นบรรทัดฐานมีระบบมากขึ้นผมเชื่อมั่นกับตัวเองว่าคุณภาพชีวิตคนพิการเนี่ยจะดีขึ้น ทั้งคนพิการและก็ครอบครัวคนพิการ และผู้พิการก็สามารถที่จะอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข”

ผู้ให้ข้อมูลจาก รพช.

สอดคล้องกับผู้ที่สัมภาษณ์จากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีความเห็นว่า การบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีประโยชน์และจำเป็นทั้งต่อตัวคนพิการและครอบครัวเป็นอย่างมาก ทั้งทางด้านอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เคยทำในชีวิตประจำวันหลังจากเกิดความพิการ เนื่องจากส่วนมากแล้วผู้ที่เกิดความพิการในช่วงของการปรับตัวระยะแรกจะมีปัญหาทางด้านจิตใจควบคู่ด้วย การให้คำปรึกษาจึงเสมือน “ที่พึ่งใจ” ช่วยในเรื่องการปรับตัวกับความพิการได้เร็วขึ้น ซึ่งการให้คำปรึกษากับคนพิการนั้นจะช่วยทำให้คนพิการทราบถึงแนวทางในการฟื้นฟูตนเองและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป และเป็นประโยชน์อย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการที่พบกับความเปลี่ยนแปลงแบบกะทันหัน โดยเฉพาะในคนพิการที่มีปัญหาสุขภาพจิต การให้คำปรึกษาจะมีประโยชน์ต่อสภาพจิตใจเป็นอันดับแรกซึ่งจะสัมพันธ์กับอาการทางกาย ต่อจากนั้นจะเป็นเรื่องของการดูแลตัวเองให้ได้ ทั้งญาติและผู้ดูแลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการฟื้นฟูต่อไป จนถึงเรื่องเศรษฐกิจ สังคม และสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะการทำให้คนพิการเข้าใจวิธีที่จะฟื้นฟูเพื่อให้สามารถกลับมาดูแลตัวเองได้และเกิดความรู้สึกว่าตนมีคุณค่าในสังคม นอกจากนี้ สิ่งที่สำคัญอย่างมาก คือ เรื่องของสิทธิที่คนพิการควรได้รับซึ่งจะเชื่อมโยงไปถึงสิทธิในการได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้

“คิดว่ามีประโยชน์เพราะว่า เราเป็นเหมือนคนนำทาง พอเค้าพิการเค้าจะไม่รู้ทิศทางในการดำเนินชีวิต บางคนมีข้อแม้ คิดว่ามีประโยชน์มากในคนที่ เป็นระยะแรก ๆ น่าจะเป็นอะไรที่ไปชี้แนะเค้า การเข้าถึงบริการอาจจะยากสำหรับบางคน เช่นไม่มีคนพาไปโรงพยาบาล คิดว่าช่องทางนี้เป็นประโยชน์สำหรับผู้พิการ”

ผู้ให้ข้อมูลจาก รพศ.

“เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญมากในแง่ของการฟื้นฟู ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกายหรือสภาพจิตใจ เพราะว่าคนที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายจะส่งผลในเรื่องของจิตใจด้วย ซึ่งบางทีถ้าเค้าไม่มีคนที่คอยแนะนำหรือให้คำปรึกษา เค้าก็จะไม่สามารถที่จะออกมาจากความบกพร่องหรือจุดที่เค้าเป็นอยู่ ในความพิการที่เค้าเป็นอยู่ เหมือนคนฝุ่นเข้าตาบางทีไม่สามารถเอาออกเองได้ ต้องให้คนอื่นช่วย”

ผู้ให้ข้อมูลจาก รพท.

นอกจากนี้ผู้ที่สัมภาษณ์เห็นว่าการให้คำปรึกษาในปัจจุบันสังคมให้ความสนใจมากขึ้น เนื่องจากคนสนใจตัวเองกันมากขึ้น ต้องการมี “โค้ช” ในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการซึ่งมีปัญหาทางด้านจิตใจค่อนข้างมาก การได้รับคำปรึกษาที่ดีจะช่วยปรับมุมมองทางด้านความคิดและทัศนคติเพื่อให้สามารถทำการฟื้นฟูได้ไกลกว่าที่ติดค้างไว้ ทำให้คนพิการยอมรับและเห็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเองต่อไปในอนาคตได้ดียิ่งขึ้น

“ถ้าเป็นเรื่องของการให้คำปรึกษา ผมจะมองว่า ณ ปัจจุบันตอนนี้เป็นอะไรที่ค่อนข้างจะเทรน คนเริ่มให้ความสำคัญกับมันมากขึ้น ด้วยความที่โลกเปลี่ยนไป

คนจะเริ่มมาโฟกัสที่ตัวเองมากขึ้น คิดว่าคนกำลังมองหาโค้ชในชีวิตของเค้า ไม่ว่าเค้าจะเจ็บป่วยหรือเป็นอะไรก็ตามแม้แต่เคสพิการหรือผู้ป่วย stroke ที่ผมเจออายุน้อยลงเรื่อย ๆ อย่างหนึ่งที่ผมเห็นคือแทบจะทุกคน โรคที่เป็นหรืออาการที่มีมันกระทบด้าน psycho ด้าน mental ของเค้านั่นข้างเยอะ เลยคิดว่าถ้ามีบริการด้านนี้ ผมแฮปปี้ รู้สึกว่ามันดีมาก ๆ กับการที่มีคนมาช่วยโค้ชชีวิตของคน แล้วเค้าจะได้เปลี่ยนมุมมอง ความคิด ทักษะคิด หรือ mindset ที่เค้ามี จากที่เค้าคิดว่าเค้าสามารถฟื้นฟูได้แค่นี้ mindset นั้นอาจจะถูกเปลี่ยนไปให้เค้าฟื้นฟูไปได้ไกลกว่านั้น”

ผู้ให้ข้อมูลจาก รพศ.

ด้านปริมาณความต้องการบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันว่าปริมาณความต้องการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากปัจจัยด้านต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะพิการในผู้สูงอายุและการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความพิการจากอุบัติเหตุ รวมถึงความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ที่มีอุบัติการณ์สูงขึ้น นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 1 แห่ง มีความเห็นว่า การให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอาจเป็นผลมาจากการทำงานเชิงรุกของโรงพยาบาลร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ ทำให้เข้าถึงคนพิการกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น รวมถึงการย้ายถิ่นเข้ามาประกอบอาชีพในเขตเมืองของคนพิการ อาจทำให้การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นว่า กลุ่มคนพิการที่ควรพิจารณาให้ได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นลำดับแรกหากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรในการให้บริการ ได้แก่

1. คนพิการรายใหม่ (new case) ที่อยู่ในระยะแรกของความพิการ และยังไม่เคยได้รับคำปรึกษามาก่อน
2. คนพิการที่สหสาขาวิชาชีพมีปัญหาในการเข้าถึงความต้องการของคนพิการ หรือในกรณีไม่สามารถจะปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
3. คนพิการที่ผ่านระยะแรกของความพิการไปแล้ว แต่อาจให้มีบริการคัดกรองเบื้องต้นก่อน
4. การคัดเลือกเฉพาะรายที่ไม่มีการพัฒนาการทางด้านการรักษาหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา แต่แพทย์เห็นว่าผู้ป่วยมีศักยภาพเพียงพอที่จะหายได้ กรณีแบบนี้จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาและการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอจำนวนผู้รับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

สำหรับประเด็นเรื่องการนำไปปฏิบัติ การดำเนินการ การปรับเปลี่ยน การบูรณาการ และการขยายผล รวมทั้งรูปแบบที่เป็นไปได้และเหมาะสมที่สุดในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลนั้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มีความเห็นสอดคล้องกันคือในทาง

ปฏิบัติการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องเป็นการให้บริการเฉพาะโดยไม่สอดแทรกไปกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพอื่น ๆ และเพิ่มในรายการบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพของ สปสช. เป็นรายการที่ 10 เนื่องจากจะทำให้การให้คำปรึกษาเป็นบริการที่มีมาตรฐาน มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโดยเฉพาะการมีนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งถือว่ามีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ประกอบกับบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบันไม่มีทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องให้บริการตามแต่ละวิชาชีพ อาจทำให้ไม่สามารถให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้อย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตามการจัดให้มีบริการดังกล่าวต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ

1) มีแนวทางในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (practice guideline) ซึ่งประกอบด้วยขอบเขตของการให้คำปรึกษาที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน ประเด็นที่ผู้ให้บริการต้องให้คำปรึกษา ขั้นตอนการให้คำปรึกษา และการประเมินผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษา และที่สำคัญแนวทางปฏิบัติต้องแสดงให้เห็นว่า “การให้คำปรึกษา” แตกต่างจาก “การให้ความรู้” ที่สหสาขาวิชาชีพแทรกเข้าไประหว่างการให้บริการฟื้นฟูอย่างชัดเจน

2) มีกำลังคนหรือผู้ให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงสถานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างชัดเจนและเป็นสัดส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความเป็นส่วนตัวระหว่างรับบริการ

3) มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้บริการให้ชัดเจน เช่น วุฒิการศึกษา ประเภทของผู้ป่วยและจำนวนผู้ป่วยที่ผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้ต่อวัน เป็นต้น

4) ผู้ให้บริการให้คำปรึกษา หรือ “นักให้คำปรึกษา” อาจต้องทำหน้าที่เป็น “ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี” ที่ต้องประสานงานกับสหวิชาชีพ ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

5) เป็นรายการที่สามารถเบิก-จ่ายค่าบริการในรายการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่กำหนดโดย สปสช. ได้

อย่างไรก็ตามแม้ผู้ที่เหมาะสมในการทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ คือ นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญโดยตรง แต่เนื่องจากในปัจจุบันประเทศไทยมีความขาดแคลนบุคลากรด้านนี้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า อาจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนโดยใช้บุคลากรที่ทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในปัจจุบัน เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ มาทำหน้าที่นี้ เพียงแต่ต้องมีการเพิ่มศักยภาพทักษะด้านการให้คำปรึกษาโดยใช้วิธีการอบรม

“เราให้ ๆ บางทีเราก็ไม่ได้ พอเราไม่มีอาวุธพอที่จะไปให้คำแนะนำ บางทีก็ให้ตามความรู้ของเราเนอะครับ แต่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงเหมือนพยาบาลจิตเวชเนอะครับ คำก็มีความหมาย การให้คำแนะนำอย่างนี้นะครับ ก็ถ้าจะมีจริง ๆ ก็อยากจะให้มีเหมือนการอบรมระยะสั้นเนอะครับ”

ผู้ให้สัมภาษณ์ รพช.

ทั้งนี้จากการสำรวจโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศพบว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลแต่ละประเภทมีความต้องการทักษะ/การอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหลากหลายด้าน (รายละเอียดตามภาคผนวก) โดยผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาในการจัดอบรมแตกต่างกัน ผู้ให้สัมภาษณ์บางท่านเห็นว่าการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ถือว่าเพียงพอและไม่มีผลกระทบกับภาระงานหลัก แต่บางท่านเห็นว่าระยะเวลา 2 สัปดาห์นั้นสั้นเกินไป จึงเสนอให้จัดอบรมเป็นเวลาประมาณ 1 เดือน อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นว่าการส่งบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาระยะสั้นนี้มีความเป็นไปได้มากกว่าการส่งบุคลากรเพื่อศึกษาต่อเรื่องการให้คำปรึกษาในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 1-2 ปี

อย่างไรก็ตามผู้ให้สัมภาษณ์บางส่วนเห็นว่าหากต้องการให้มีบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยการให้บริการโดยสหวิชาชีพที่มีอยู่ในปัจจุบันอาจเป็นไปได้ เนื่องจากบุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีจำนวนจำกัดและมีภาระงานมากอยู่แล้ว

นอกจากนี้ในกรณีที่มีการแยกบริการให้คำปรึกษาออกเป็นบริการเฉพาะ ผู้ให้สัมภาษณ์บางส่วนเห็นควรให้มีบริการนี้ในโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากคนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ชีวิตหลังกลับสู่ชุมชน ซึ่งบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจะใกล้ชิดกับคนพิการมากกว่าบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ ในขณะที่บางส่วนเห็นว่าตำแหน่ง “นักให้คำปรึกษา” ที่ถือได้ว่าเป็น “ผู้เชี่ยวชาญ” ควรจะอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน เพราะส่วนใหญ่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จะเป็นหน่วยให้บริการด่านแรก (first contact) แก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ต้องแสดงให้เห็นแพทย์และวิชาชีพอื่นเห็นได้ว่า “นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” มีความสำคัญและจำเป็นต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่วิชาชีพอื่นไม่สามารถทดแทนได้ และมีบทบาทในการส่งเสริมการดูแลคนไข้ของแพทย์ได้อย่างเหมาะสม การทำให้แพทย์และวิชาชีพอื่น ๆ รับรู้ถึงการมีอยู่ของวิชาชีพและยอมรับ “ความเชี่ยวชาญ” นี้ได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยให้เกิดการให้คำปรึกษาเชิงลึกโดยนักให้คำปรึกษา

“ถ้าเป็นระดับที่ specialist ด้านนี้เรามองว่าควรจะอยู่ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป หรือว่าโรงพยาบาลศูนย์มากกว่า เพราะอย่างน้อยคนพิการนะค่ะ ในหน่วยงานจริง ๆ ของโรงพยาบาลชุมชนจะไม่ได้เป็น first contact กับเขา แต่อย่างน้อยถ้าเรามีข้อจำกัดอย่างนี้ (จำนวนนักให้คำปรึกษา) เราควรจะมี specialist ที่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัดที่ส่วนมากเขาจะสรุปทุกอย่างให้เสร็จสรรพ อย่างเช่นถ้าเขาคุยกันแล้วเนี่ยประเมินในเรื่องของคำตอบแล้วต้องประสานกับสังคมในพื้นที่ แล้วประสานมาที่เรา (รพ.ชุมชน) โอเค ถ้า (รพ.จังหวัด) ส่งมาที่นี่เราสามารถไป cover ต่อแล้วก็ continue ต่อได้”

ผู้ให้สัมภาษณ์ รพช.

ทั้งนี้ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า หากกระจายการบริการไม่ทั่วถึง หรือมีการบริการอยู่เฉพาะโรงพยาบาลประจำจังหวัด จะทำให้คนพิการที่อยู่ห่างไกลไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ ซึ่งจะมีผลต่อการให้บริการด้านอื่นร่วมด้วย เช่น อุปกรณ์เครื่องช่วย การพัฒนาตัวเองของคนพิการ ความช่วยเหลือด้านสังคมและอาชีพ ซึ่งควรจะมีการจัดระบบการบริการรูปแบบอื่นในกรณีที่ไม่สามารถให้มีบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 แห่ง เสนอแนะให้วางแผนและศึกษาความเป็นไปได้เพื่อเตรียมการจัดบริการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ หากไม่สามารถจัดระบบบริการได้อย่างชัดเจน ทั้งหน่วยงานและบุคลากรผู้รับผิดชอบหลัก รวมถึงภาระงานของบุคลากรในหน่วยงานของแต่ละพื้นที่ อาจทำให้งานบริการดังกล่าวไม่สามารถขับเคลื่อนไปได้ตามนโยบายที่วางไว้

ทั้งนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เสนอให้ดำเนินการนำร่องโครงการให้คำปรึกษาในบางพื้นที่ โดยให้เริ่มจากโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ และให้มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบก่อนที่จะขยายผลการดำเนินงานไปในโรงพยาบาลทุกระดับ

“คือมันจะได้เห็นภาพ อย่างพวกเรามันก็อาจจะไม่ได้เห็นภาพว่าการให้คำปรึกษาสำหรับผู้พิการในมุมมองทั้งหมด overall มันคืออะไร ถ้าเรามีต้นแบบที่อยู่ในจังหวัดเขาทำมาแล้ว แล้วมันก็โอเคมันมี 1, 2, 3, 4 ตามมาแล้วคุณก็จะเก็บข้อมูลตอบว่าถ้ามีคนนั้นสุดท้ายแล้วนะผู้พิการได้รับการฟื้นฟูตามเป้าหมาย โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลชุมชนอันนั้นมันน่าจะได้อะไร ไรเริ่ม step น่าจะได้ประโยชน์”

ผู้ให้สัมภาษณ์ รพช.

ในด้านปัญหา/อุปสรรค และแนวทางป้องกัน แก้ไข การให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล ผู้ให้สัมภาษณ์จากโรงพยาบาลชุมชนระบุว่า ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา รวมถึงการปฏิบัติงานไม่ได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณจากผู้บริหารโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถให้บริการการให้คำปรึกษาได้อย่างเต็มที่และเห็นผลเป็นรูปธรรม นอกจากนี้การขาดแคลนระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงข้อมูลคนพิการระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ไม่สามารถติดตามหรือเข้าถึงคนพิการเพื่อให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการได้

ผู้ให้สัมภาษณ์จากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีความเห็นสอดคล้องกับประเด็นการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ นอกจากนี้การขาดข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากการรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการขาดรูปแบบการประเมินความสามารถของคนพิการที่เป็นวิธีมาตรฐาน อาจเป็นอุปสรรคต่อระบบการ

ให้บริการ โดยมีข้อเสนอแนะให้จัดการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่จะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ให้มีความรู้และทักษะในการคำปรึกษาแก่คนพิการทุกประเภท และการจัดให้มีบริการดังกล่าว อาจเริ่มจากโครงการนำร่องในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมก่อน

นอกจากนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์จากสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เสนอแนะแนวทางในช่วงแรกของการดำเนินงานบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการควรวางแผนและจัดระบบการให้บริการโดยมุ่งเน้นให้มีความแตกต่างระหว่างรูปแบบการให้คำปรึกษาฉันเพื่อน (peer counselling) กับการให้คำปรึกษาโดยวิชาชีพเฉพาะทาง (professional counselling) รวมถึงควรให้บุคลากรทางการแพทย์แต่ละวิชาชีพได้มีส่วนร่วมและเรียนรู้จากกระบวนการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้การสื่อสารข้อมูลโดยนำเสนอรูปแบบการให้บริการในที่ประชุมคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ในโรงพยาบาลและการนำเสนอข้อมูลเชิงสถิติเกี่ยวกับการให้บริการและผลลัพธ์ของการให้บริการดังกล่าว จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์แต่ละวิชาชีพเห็นถึงความสำคัญของการบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

5 | สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) ขอบเขตการปฏิบัติงาน และแนวปฏิบัติมาตรฐาน (สากล) ในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 2) การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล 3) ความเป็นไปได้และรูปแบบในการจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมในโรงพยาบาล โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ การสำรวจโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยแบบสอบถามทางไปรษณีย์ การสอบถามคนพิการที่เคยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลและสถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จำนวน 150 คน การศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลทุกระดับ รวมถึงโรงเรียนแพทย์ และสถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่าในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา มีการกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในด้านต่าง ๆ เช่น การประเมิน การวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา มาตรการการให้คำปรึกษา เป็นต้น ในขณะที่ประเทศออสเตรเลีย มีการกำหนดสมรรถนะหลักของวิชาชีพนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานให้คำปรึกษา นอกจากนี้ทั้งสองประเทศที่กล่าวมา ยังได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นมาตรฐานบังคับใช้ ในส่วนของประเทศไทย สถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้มีการกำหนดกิจกรรมที่ให้บริการในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ครอบครัว รายการกลุ่ม การกำหนดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่าง ๆ เป็นต้น ด้านแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสากลเฉพาะสำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ยังไม่พบแนวปฏิบัติดังกล่าว แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแนวปฏิบัติที่มาตรฐานสำหรับการให้คำปรึกษาโดยทั่วไป

การเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 80.0 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 69.7 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 60.7) ส่วนใหญ่เน้นให้คำปรึกษาด้านการปรับตัวต่อความพิการ และด้านการแพทย์ และเป็นการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลมากกว่ารายการกลุ่ม มีผู้รับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปเฉลี่ย 200 คนต่อปี 600-700 ครั้งต่อปี โรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ย 200-300 คนต่อปี 700-900 ครั้งต่อปี และสถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เฉลี่ย 167-176 รายต่อปี 414-647 ครั้งต่อปี บุคลากรที่ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการส่วนใหญ่ คือ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด ยกเว้นสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่มีนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้บริการเป็นหลัก ในการเข้าถึงแหล่งบริการ ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้ที่มารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านถึงสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ประมาณ 11-30 กิโลเมตร (ค่าเฉลี่ย 78.6 กิโลเมตร) ส่วนผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 กิโลเมตร (ค่าเฉลี่ย 10.6 กิโลเมตร) ในด้านความเหมาะสมของการให้บริการ โรงพยาบาลทุกแห่งไม่มีแนวทางปฏิบัติ (practice guideline) ที่เป็นมาตรฐานสำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทำให้กระบวนการให้คำปรึกษาแก่คนพิการแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาไปพร้อมกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ยกเว้นสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้นมา ด้านผลลัพธ์ของคนพิการที่ได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจที่ดีต่อการได้รับบริการ ทั้งมิติด้านมารยาทระหว่างบุคคลของผู้ให้บริการ คุณภาพการบริการ ผลลัพธ์ของการบริการในภาพรวม ในส่วนของคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในทุกมิติอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นมิติด้านจิตใจของผู้รับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติอยู่ในระดับดี

ในส่วนของความเป็นไปได้และรูปแบบของการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ บุคลากรด้านงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของบริการดังกล่าวโดยจะเป็นประโยชน์ต่อคนพิการและครอบครัวในการดำเนินชีวิตต่อไปและรู้สึกถึงการมีคุณค่ารวมถึงสามารถประกอบอาชีพได้ และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น และมีความเห็นให้การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการควรเป็นบริการเฉพาะ โดยพิจารณาเพิ่มเป็นรายการฟื้นฟูสมรรถภาพของ สปสช. แต่ต้องมีการกำหนดมาตรฐาน กำหนดวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติงาน และเงื่อนไขการบันทึกการให้บริการ อย่างไรก็ตามการขาดแคลนนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นอุปสรรคในการให้บริการ ดังนั้นบุคลากรที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนได้คือบุคลากรที่ทำหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แต่จำเป็นต้องมีการเพิ่มทักษะความรู้ด้านการให้คำปรึกษา ทั้งนี้การจัดบริการควรมีในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยอาจเริ่มจากการนำร่องในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมก่อน

สำหรับรูปแบบที่เหมาะสมในการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในโรงพยาบาลสามารถสรุปได้ทั้งหมด 2 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 เพิ่มรายการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในรายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของ สปสช.

เงื่อนไข

1. มีแนวทางในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมทั้งขอบเขตของการให้คำปรึกษาที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน

2. มีกำลังคนหรือผู้ให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงสถานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างชัดเจนและเป็นสัดส่วน
3. มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้บริการให้ชัดเจน
4. สามารถเบิก-จ่ายค่าบริการจาก สปสช. ได้

บุคลากร ทางเลือกที่ 1 ตามแนวทางของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้แก่

1. นักให้คำปรึกษาเพื่องานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือโท ด้านการให้คำปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หรือจิตวิทยาการแนะแนวและให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ)
2. พยาบาลจิตเวช (ต้องผ่านหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช /ป.โท สาขาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช /พยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช (Advanced psychiatric nurse; APN)
3. แพทย์หรือจิตแพทย์
4. นักจิตวิทยา
5. นักสังคมสงเคราะห์

อย่างไรก็ตามบุคลากรเหล่านี้อาจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ดังนี้

บุคลากร	ข้อจำกัด
นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	เป็นผู้ที่มีความเหมาะสมมากที่สุด แต่มีจำนวนจำกัด และไม่มีการบรรจุตำแหน่งนักให้คำปรึกษาในสถานพยาบาล
พยาบาลจิตเวช	ภาระงานส่วนใหญ่จะเน้นให้บริการกลุ่มที่มีปัญหาด้านจิตเวช และปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่คนละแผนก
แพทย์หรือจิตแพทย์	เน้นภาระงานที่เกี่ยวกับการรักษาทำให้ไม่มีเวลาในการแนะนำหรือให้คำปรึกษาได้ครบทุกด้าน
นักจิตวิทยา	ขาดแคลน โดยเฉพาะใน รพช. และส่วนใหญ่เน้นการฟื้นฟูด้านจิตใจ
นักสังคมสงเคราะห์	ขาดแคลน โดยเฉพาะใน รพช. และขาดทักษะการให้คำปรึกษาด้านการแพทย์และจิตใจ

บุคลากร ทางเลือกที่ 2 วิชาชีพอื่น ๆ

บุคลากร	จุดแข็ง	จุดอ่อน	เงื่อนไข
พยาบาลวิชาชีพ	มีในโรงพยาบาลทุกระดับ และมีศักยภาพการบริการและมีพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและมีความเข้าใจในความต้องการของคนป่วยได้เป็นอย่างดี	ขาดความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง รวมถึงความรู้ในการแนะนำด้านอื่น ๆ เช่น การศึกษา อาชีพ เทคโนโลยี เป็นต้น	- ต้องผ่านการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตามแนวทางหรือมาตรฐานที่กำหนด - ต้องคำนึงถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้น หรือควรแยกมาทำหน้าที่ให้คำปรึกษาโดยตรง
นักกายภาพบำบัด/ นักกิจกรรมบำบัด	มีเกือบทุกโรงพยาบาลแต่ละระดับ และมีการทำงานที่เน้นเรื่องการฟื้นฟูมากกว่าวิชาชีพอื่น สามารถประเมินความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังมีความรู้เรื่องมาตรการช่วยเหลือทางสังคมและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน จึงสามารถค้นหาช่องทางในการช่วยเหลือคนพิการได้มากกว่าวิชาชีพอื่น		

บุคลากร ทางเลือกที่ 3 บุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่วิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

บุคลากร	จุดแข็ง	จุดอ่อน	เงื่อนไข
บุคลากร ภายนอก โรงพยาบาล	มีเวลาในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่	ขาดความรู้ด้านสุขภาพ หรือทางการแพทย์และความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	ต้องผ่านการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามแนวทางหรือมาตรฐานที่กำหนด
บุคลากรอื่น ๆ ในโรงพยาบาล เช่น นักวิชาการ สาธารณสุข	มีพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพ	มีภาระงานประจำ และขาดความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	

รูปแบบที่ 2 ดำเนินการโดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) ร่วมกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

Case manager	
บุคลากร	บุคลากรอื่น ๆ ใน รพ. เช่น นักวิชาการสาธารณสุข วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หรือบุคลากรภายนอก
บทบาทหน้าที่	ทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างคนพิการกับเจ้าหน้าที่วิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งสามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับคนพิการได้ เช่น การปรับตัว สิทธิการรักษาพยาบาล การแนะนำเรื่องอาชีพ การศึกษา เป็นต้น
การพัฒนา	ผ่านการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามแนวทางหรือมาตรฐานที่กำหนดในบทบาทของการเป็น case manager การดูแลคนพิการ
วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง	
บุคลากร	แพทย์ นักกายภาพ นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ พยาบาลวิชาชีพ ฯลฯ
หน้าที่	รับการส่งต่อ case จาก case manager ให้บริการการให้คำปรึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับวิชาชีพนั้น ๆ
เงื่อนไข	- ต้องผ่านการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เกี่ยวข้องโดยตรงในแต่ละวิชาชีพตามแนวทางหรือมาตรฐานที่กำหนด - ปรับเพิ่มอัตราค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นกระบวนการหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยการให้คำปรึกษาครอบคลุมทั้งด้านส่วนตัว การแพทย์ การศึกษา สังคม อาชีพ และเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวกทั้งตัวคนพิการหรือญาติ เพื่อช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องรู้จักและเข้าใจ ยอมรับ มีความมั่นใจในความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง มีทักษะในการตัดสินใจและเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 ได้กำหนดให้การแนะแนว การให้คำปรึกษา และการจัดการเป็นรายกรณี เป็น 1 ใน 26 รายการบริการที่คนพิการพึงจะได้รับ [6] แต่เมื่อพิจารณาตามรายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้ง 9 รายการจะพบว่า ไม่มีการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นบริการเฉพาะ ดังนั้นจึงมีความพยายามส่วนหนึ่ง

จากผู้ทำงานด้านการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในการผลักดันให้เกิดงานบริการ ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ด้านอื่น ๆ เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด [7, 8] เป็นต้น

ทั้งนี้จากการศึกษาในครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงาน องค์กร หรือสมาคมที่เกี่ยวข้องหรือมีบทบาทโดยตรงกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในขณะที่ต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา มีคณะกรรมการรับรองวิชาชีพนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ (The commission on rehabilitation counselor certification ;CRCC) และออสเตรเลีย มีสมาคมนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Australian society of rehabilitation counsellors) หากพิจารณาในส่วนของการปฏิบัติงานซึ่งถือว่ามีสำคัญในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของการให้คำปรึกษา ในสหรัฐอเมริกา ได้มีการกำหนดไว้จำนวน 8 ข้อ ส่วนในประเทศไทย สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ไม่ได้มีการระบุขอบเขตการปฏิบัติงานแต่ระบุเป็นกิจกรรมในการให้บริการ ซึ่งบางกิจกรรมจะมีความสอดคล้องหรือใกล้เคียงกับขอบเขตการปฏิบัติงานของสหรัฐอเมริกา เช่น มาตรการหรือกิจกรรมการให้คำปรึกษาในด้านต่าง ๆ ทั้งการศึกษาและอาชีพ ทั้งนี้ในต่างประเทศยังให้ความสำคัญกับผู้ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาดังจะเห็นได้จากประเทศออสเตรเลีย ที่มีการกำหนดสมรรถนะหลักของวิชาชีพนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้ทำหน้าที่นี้ต้องมีความรู้และทักษะต่าง ๆ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีมีการกำหนดสมรรถนะดังกล่าว เพียงแต่มีการกำหนดบุคคลที่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าวได้เท่านั้น นอกจากนี้การศึกษานี้จะเห็นได้ชัดเจนว่าในต่างประเทศให้ความสำคัญต่อจรรยาบรรณของวิชาชีพการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย ซึ่งประเทศไทยยังไม่มีกำหนดเช่นกัน ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าว หากประเทศไทยจะจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นบริการเฉพาะทาง สิ่งที่สำคัญเป็นลำดับแรกคือต้องมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติหรือขอบเขตการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการกำหนดสมรรถนะหลักของผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษามากกว่าการกำหนดคุณสมบัติ รวมถึงกำหนดมาตรฐานด้านจรรยาบรรณของผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้วย ทั้งนี้ในช่วงแรกอาจจะยึดตามแนวทางปฏิบัติของอเมริกา ออสเตรเลีย หรือหน่วยงานองค์กรอื่น ๆ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาทำงานร่วมกัน เช่น วิทยาลัยราชสุดาที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติมีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการและการบริการ รวมถึงกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในอนาคตอาจจำเป็นต้องมีสมาคม หรือองค์กรที่ทำหน้าที่การกำกับดูแลเรื่อง การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยเฉพาะทั้งการจัดทำหลักสูตร และการรับรองวิชาชีพนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่นเดียวกับในสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย

เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จากการศึกษา แม้จะพบว่าโรงพยาบาลทุกระดับส่วนใหญ่จะมีบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แต่หากพิจารณาจากข้อมูลในเชิงลึกจะพบว่าการให้บริการส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ต่อคนพิการและญาติเท่านั้น และบุคลากรที่ให้บริการส่วนใหญ่ไม่มีความรู้หรือทักษะในการให้คำปรึกษา

โดยตรง เพียงแต่เป็นการให้คำปรึกษาที่ควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่น ๆ เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และเน้นการให้คำปรึกษาด้านการปรับตัว และด้านการแพทย์เท่านั้น ซึ่งในมติหรือนิยามของการให้คำปรึกษายังมีอีกหลายด้าน โดยเฉพาะด้านการศึกษาและอาชีพ ซึ่งข้อมูลบางส่วนจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้เข้ารับบริการบางส่วนต้องการคำปรึกษาในด้านนี้ค่อนข้างมาก ในทางกลับกันที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่มีนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยเฉพาะ จะเห็นได้ว่ามีกระบวนการและขั้นตอนการให้คำปรึกษาที่แตกต่างจากโรงพยาบาล โดยเป็นกระบวนการที่ทำอย่างเป็นระบบรวมถึงมีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาด้วย ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการอย่างทั่วถึงและเป็นและครบตามขั้นตอนของการรับคำปรึกษาและเกิดผลลัพธ์ที่ดีดังจะเห็นได้จากคุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตใจที่อยู่ในระดับดี ในขณะที่กลุ่มที่รับบริการในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ คือ

1) ปัจจัยด้านนโยบาย แม้ว่าตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 ได้กำหนดให้การแนะแนว การให้คำปรึกษา และการจัดการ เป็นรายกรณี เป็น 1 ใน 26 รายการบริการที่คนพิการพึงจะได้รับ [6] แต่เมื่อพิจารณาตามรายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้ง 9 รายการจะพบว่าไม่มีการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นบริการเฉพาะ ส่งผลให้การให้คำปรึกษาเป็นงานที่ถูกสอดแทรกไปกับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่น ๆ

2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ แม้ว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะให้ความสำคัญของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แต่ยังมีประเด็นในด้านคุณสมบัติของผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษา ซึ่งสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้กำหนดให้ผู้ที่สามารถทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษา คือ 1) นักให้คำปรึกษาเพื่องานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือปริญญาโทด้านการให้คำปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หรือจิตวิทยาการแนะแนว และให้คำปรึกษา ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 2) พยาบาลจิตเวช โดยต้องผ่านหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช/ปริญญาโท สาขาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช/พยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Advanced psychiatric nurse; APN) 3) แพทย์หรือจิตแพทย์ 4) นักจิตวิทยา และ 5) นักสังคมสงเคราะห์ [13] โดยจากการศึกษานี้แม้จะพบว่าในโรงพยาบาลบางแห่งโดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์จะมีบุคลากรดังกล่าวทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านกำลังคน ประกอบกับการปฏิบัติงานที่เน้นด้านกระบวนการรักษาเป็นหลัก ทำให้การให้คำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาลดน้อยลงไป และการให้คำปรึกษาเป็นลักษณะการให้คำแนะนำเบื้องต้นเท่านั้น แต่จะไม่ครอบคลุมตามกิจกรรมการให้คำปรึกษาที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติระบุไว้ ในขณะที่ รพช. ไม่มีบุคลากรเหล่านี้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา และส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเป็นหลักส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น

นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งไม่ได้อยู่ในรายชื่อที่สถาบันสรีนธเพื่อการพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติกำหนด

ในส่วนของนักให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญและถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรหรือวิชาชีพอื่น ๆ แต่ปัจจุบันกลับพบว่ามียุทธศาสตร์ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาคนพิการเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้น เช่น สถาบันสรีนธเพื่อการพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ทั้งนี้หากพิจารณาการจัดการเรียนการสอนที่ผลิตนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พบว่า มีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตร ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แขนงวิชาการให้บริการแนะแนวในงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ที่วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล แต่จากข้อมูลพบว่าในช่วง พ.ศ. 2540-2557 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาจำนวน 46 คน โดยผู้สำเร็จการศึกษาดังกล่าวเกือบร้อยละ 95 ไม่ได้ทำงานในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยตรง แต่กลับไปประกอบอาชีพหรือกลับไปทำงานตำแหน่งเดิม เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ครู นักวิชาการศึกษา นักวิจัย นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 38 คน (ร้อยละ 82.6) และประกอบอาชีพอื่นที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับงานด้านคนพิการ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 10.9) โดยมีเพียงจำนวน 2 คนที่ทำงานในตำแหน่งนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่วิทยาลัยราชสุดา และ 1 คนทำงานตำแหน่งนักวิชาการศึกษา ปฏิบัติงานให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ที่สถาบันสรีนธเพื่อการพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแม้ประเทศไทยจะมีการเรียนการสอนด้านการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยตรง แต่ผู้สำเร็จการศึกษากลับไม่ได้ทำงานในตำแหน่งนักให้คำปรึกษาเฉพาะทาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจุบันนักให้คำปรึกษายังไม่ถูกกำหนดให้เป็นวิชาชีพ ประกอบกับไม่มีกรอบอัตราตำแหน่งในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในโรงพยาบาล ทำให้ในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งไม่มีนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ดังนั้นบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาจึงเป็นบุคลากรหรือวิชาชีพอื่น ๆ และเป็นการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำเบื้องต้นเท่านั้น อย่างไรก็ตามหากพิจารณาแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564 ยุทธศาสตร์ที่ 1 ได้ระบุในแนวทางและมาตรการที่เกี่ยวกับการกำหนดอัตรากำลังและสรรหาบรรจุ แต่งตั้ง บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางครอบคลุมทุกด้าน (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) ให้เพียงพอต่อความต้องการที่จำเป็นสำหรับคนพิการแต่ละประเภทความพิการในทุกระดับหน่วยบริการตั้งแต่ระดับเขตสุขภาพระดับจังหวัดถึงระดับชุมชน ดังนั้นอาจจะเป็นไปได้ในการกำหนดกรอบอัตรากำลังให้มีนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล แต่ทั้งนี้ต้องมีการผลักดันหรือแสดงให้เห็นส่วนเกี่ยวข้องตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีบริการดังกล่าว

จากสถานการณ์ด้านข้อจำกัดของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การศึกษานี้พบว่าบุคลากรหรือวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติงานการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้ คือนักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด เนื่องจากมีบุคลากรเหล่านี้ปฏิบัติงานในเกือบทุกโรงพยาบาลและ

ทุกระดับ โดยจากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในโรงพยาบาลศูนย์ มีนักกายภาพบำบัดเฉลี่ย 15 คน/แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปเฉลี่ย 7 คนต่อแห่ง และโรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ย 2 คนต่อแห่ง [49] นอกจากเหตุผลด้านกำลังคนที่มีการกระจายในโรงพยาบาลทุกระดับแล้ว วิชาชีพนี้ยังปฏิบัติงานที่เน้นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าวิชาชีพอื่น และสามารถประเมินความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังมีความรู้เรื่องมาตรการช่วยเหลือทางสังคมและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน จึงสามารถค้นหาช่องทางในการช่วยเหลือคนพิการได้มากกว่าวิชาชีพอื่น รวมถึงพยาบาลวิชาชีพที่มีในโรงพยาบาลทุกระดับเช่นกันโดยในโรงพยาบาลศูนย์มีเฉลี่ย 715 คน/แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปเฉลี่ย 318 คนต่อแห่ง และโรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ย 50 คนต่อแห่ง [49] ทั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพมีศักยภาพในการให้บริการและมีความรู้และทักษะพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและมีความเข้าใจในความต้องการของคนป่วยได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามหากมีความจำเป็นที่ต้องขยายกลุ่มบุคลากรหรือวิชาชีพที่สามารถให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยเป็นวิชาชีพเหล่านี้ จำเป็นต้องพิจารณาภาระงานที่เพิ่มขึ้น รวมถึงความสนใจของบุคลากรเหล่านี้ร่วมด้วย

ในด้านทักษะของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการให้บริการ อย่างไรก็ตามพบว่าในปัจจุบันบุคลากรที่ให้คำปรึกษาเกือบทั้งหมดเป็นบุคลากรที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญโดยตรงในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการให้คำปรึกษาทั้งด้านสภาพจิตใจ การแนะนำเรื่องอาชีพ เรื่องการศึกษา ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ทั้งผู้ให้บริการตามประกาศของสถาบัน สิรินครเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ รวมถึงบุคลากรอื่น ๆ ทั้งนี้หากพิจารณาตามแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564 ยุทธศาสตร์ที่ 1 แนวทางและมาตรการ ได้กำหนดเรื่อง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการ [50] อยู่แล้ว ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำบุคลากรดังกล่าวมาพัฒนาศักยภาพ โดยต้องคำนึงถึงระยะเวลาของการอบรมที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้กระทบกับการทำงานในปัจจุบัน

3) ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ที่มีมารับบริการมีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ามาใช้บริการและเห็นความสำคัญของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แต่อุปสรรคสำคัญคือ หากผู้รับบริการต้องการหรือมีความจำเป็นที่ต้องได้รับคำปรึกษาโดยนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยตรง คือเรื่องการเข้าถึงแหล่งบริการ เนื่องจากปัจจุบันมีสถานพยาบาลเพียงไม่กี่แห่งที่มีบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยนักให้คำปรึกษาโดยตรง เช่น สถาบันสิรินครเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าคนพิการที่มีมารับบริการที่สถาบันสิรินครเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มีระยะทางจากบ้านถึงสถาบันเฉลี่ย 78.6 กิโลเมตรมากที่สุด 600 กิโลเมตร ในขณะที่หากไปรับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.6 กิโลเมตร เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Puett และ Guerrero (2014), Van Rooy

(2012), Eide (2015) ที่พบว่าปัจจัยสำคัญของการเข้าถึงบริการคือ ระยะทางระหว่างที่พักและสถานบริการ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งการเดินทาง ประกอบกับหากผู้รับบริการอยู่ต่างจังหวัดอาจจะต้องมีการเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ทั้งค่าที่พักของญาติ ค่าอาหาร เป็นต้น ซึ่งหากพิจารณาจากเศรษฐกิจของ ผู้รับบริการในการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท และส่วนหนึ่งไม่มีรายได้ ส่วนรายได้ ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-30,000 บาท เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Caldwell (2008) ที่พบว่าครอบครัวที่มีคนพิการมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเองมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีคนพิการ ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนนี้รวมไปถึงค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลของคนพิการและ ผู้ดูแล ดังนั้นหากมีการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจำเป็นต้องพิจารณาให้ครอบคลุม โรงพยาบาลทุกระดับเพื่อลดระยะการเดินทางของผู้เข้ารับบริการ

ในส่วนความเป็นไปได้และรูปแบบการจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในโรงพยาบาลนั้น หากพิจารณาในแง่ของความสำคัญและความต้องการนั้นจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดเห็นความสำคัญของการมีบริการดังกล่าว และแม้ว่าการศึกษานี้จะไม่สามารถระบุ จำนวนผู้ที่มีความต้องการการให้คำปรึกษาได้เนื่องจากยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ระบุคุณสมบัติของผู้รับบริการได้ แต่คาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งถ้าพิจารณาข้อมูลจำนวนคนพิการที่ได้รับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพของ สปสช. พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีจำนวนเกือบสองแสนราย ส่วนใหญ่เป็น คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (ร้อยละ 43) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในแต่ละปี มีคนพิการที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวนมาก ซึ่งบางส่วนจำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาเพื่อฟื้นฟู สมรรถภาพด้วย ดังนั้นหากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรอาจจะต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของผู้ที่รับบริการ โดยอาจจะเป็นคนพิการในระยะแรก เป็นต้น [9]

สำหรับรูปแบบของการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล นั้นอาจจะจัดบริการโดยแยกออกเป็นบริการเฉพาะเช่นเดียวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพอื่น ๆ เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด รวมถึงเป็นรายการที่สามารถเบิกค่าบริการจาก สปสช. ได้ด้วย เนื่องจากจะทำให้ผู้ให้บริการ สามารถให้บริการได้อย่างเต็มที่มีข้อกำหนดในการปฏิบัติได้อย่างชัดเจนเพราะจะมีผลในส่วนของการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานสำหรับการเบิกค่าบริการจาก สปสช. แต่หากไม่มีการจัดบริการแยกเฉพาะ ก็จะกลับมาเป็นในลักษณะเดิมที่การให้คำปรึกษาขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและจะเป็นการให้คำปรึกษาสอดแทรก ระหว่างการทำการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านอื่น ๆ เท่านั้น แต่หากมีข้อจำกัดด้านกำลังคน ควรพิจารณาขยาย ไปยังวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อทำหน้าที่เป็นนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หรืออีกทางเลือก คือดำเนินการในรูปแบบนักจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) ในการทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการรักษากับผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ รวมถึงการให้คำปรึกษาเฉพาะทาง ซึ่งวิธีการนี้จะไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรที่มีอยู่เดิมเนื่องจากเป็นงานที่ปฏิบัติประจำอยู่แล้ว แต่จะช่วยลดขั้นตอนบางส่วนที่บุคลากรหรือวิชาชีพอื่นที่มีอยู่เป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมด แต่หากดำเนินการ

ในรูปแบบนี้ทางโรงพยาบาลก็จำเป็นต้องมีการสรรหาบุคลากรที่จะมาทำหน้าที่ในส่วนนี้โดยอาจจะเป็นบุคลากรเดิมที่มีอยู่ในโรงพยาบาลหรือเปิดรับจากบุคลากรภายนอก

สำหรับขอบเขตของการบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เนื่องจากตามนิยามของการให้บริการจะครอบคลุมทั้งด้านการให้คำปรึกษาส่วนตัว การแพทย์ การศึกษา สังคม อาชีพ และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนั้นต้องพิจารณาว่าหากจะจัดให้มีการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลควรกำหนดขอบเขตของการให้บริการอย่างชัดเจน เพื่อที่จะได้กำหนดว่าการให้คำปรึกษาในแต่ละด้านจะเกี่ยวข้องกับหน่วยงานใด เนื่องจากตามแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ จะกำหนดผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาดูแลสุขภาพคนพิการในแต่ละด้าน กล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการดูแลคนพิการด้านสุขภาพ กระทรวงศึกษาธิการมีบทบาทในการดูแลด้านการศึกษา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีบทบาทในการดูแลด้านสังคม และกระทรวงแรงงานมีบทบาทในการดูแลด้านอาชีพ [50] ซึ่งถ้าหากการให้คำปรึกษาจะต้องครอบคลุมในทุกด้าน ก็มีความจำเป็นที่แต่ละหน่วยงานต้องทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ

โดยสรุป การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นส่วนหนึ่งของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อคนพิการและญาติในการเข้าใจ รู้จักและยอมรับความพิการที่เกิดขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ ในส่วนของคนพิการที่ได้รับการให้คำปรึกษาส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ด้านการให้บริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำเบื้องต้น โดยบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ ยกเว้นสถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติที่มีนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยตรง ปัญหาสำคัญที่พบคือการขาดกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญและแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้น หากจะมีการผลักดันให้เกิดการบริการในโรงพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบ หรือเพิ่มเป็นรายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องควรร่วมมือกันจัดทำแนวทางมาตรฐานการปฏิบัติงาน และจรรยาบรรณสำหรับนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงการขยายสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรม การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เพื่อให้เกิดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อมีความพร้อมด้านบุคลากร มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ควรมีการพิจารณาให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นอีกบริการหนึ่งภายใต้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของ สปสช. ต่อไป

ข้อจำกัดการศึกษา

1. ข้อมูลสำรวจการมีบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลใช้วิธีการตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ แม้ว่าทีมวิจัยมีการกำหนดนิยามของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการไว้ แต่ในความเป็นจริงผู้ตอบอาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการเข้าใจความหมายได้

2. กลุ่มคนพิการที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในด้านต่าง ๆ แต่การให้คำปรึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการมาทำการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่น ๆ เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ดังนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจอาจรวมถึงการบริการเหล่านี้ด้วย ยกเว้นคนพิการที่เข้ารับการรักษาจากสถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติที่เป็นการรับบริการเฉพาะด้านการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

3. เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนพิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีการกระจายตัวตามพื้นที่ต่าง ๆ ทำให้ต้องใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มจำนวนตัวอย่าง อาจจะทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ผลักดันให้มีกรอบตำแหน่งนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล โดยพิจารณาในระดับโรงพยาบาลศูนย์เป็นลำดับแรก

2) สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล และราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางมาตรฐานการปฏิบัติงาน และจรรยาบรรณสำหรับนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หรือจัดตั้งองค์กรวิชาชีพหรือสมาคมนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

3) กระทรวงสาธารณสุข สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกันจัดทำหลักสูตรการอบรมการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

4) ดำเนินงานบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในลักษณะนาร่องในโรงพยาบาลศูนย์ ก่อนพิจารณาขยายการบริการในโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ

5) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรพิจารณาเพิ่มรายการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในรายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เมื่อมีความพร้อมด้านกำลังคนและแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แต่หากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ควรพิจารณาการให้บริการในกลุ่มคนพิการรายใหม่ (new case) ที่อยู่ในระยะแรกของความพิการ และยังไม่เคยได้รับคำปรึกษามาก่อน เป็นลำดับแรก

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) ศึกษาโดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนมากขึ้นโดยเฉพาะการวิจัยเชิงปริมาณ และครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลในสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ เช่น มหาวิทยาลัยต่าง ๆ หน่วยงานทหาร ตำรวจ เป็นต้น
- 2) ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดหน่วยงานจัดทำหลักสูตรฯ ที่เหมาะสมกับบริบทไทย และกระบวนการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะ และควมมีมาตรฐานของนักวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงาน

1. แผนงานติดตามสถานการณ์ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ: รายงานสถานการณ์คนพิการในสังคมไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการและคุณภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 และ 2550. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์; 2556.
2. กองกฎหมาย: ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ. สำนักงานปลัด กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2550.
3. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการ: รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย; 2560.
4. พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534.
5. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550: ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124, ตอนที่ 61 ก (27 กันยายน 2550).หน้า 8-24.
6. กระทรวงสาธารณสุข: ราชกิจจานุเบกษา ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552. 2552: 47-49.
7. สำนักกฎหมาย: กฎระเบียบที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: แนวทางบริหารงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2558; 2558.
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: รายงาน การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560. 2561: 218.
10. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552. กระทรวงสาธารณสุข, ฉบับที่ 2(2): กระทรวงสาธารณสุข; 2552: 47-49.
11. ราชกิจจานุเบกษา: ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ; 2550.
12. Commission on Rehabilitation Counselor Certification (CRCC): Rehabilitation counseling scope of practice. In. Illinois: Commission on Rehabilitation Counselor Certification (CRCC); 2018: 4.

13. แนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552
[http://www.snmri.go.th/snmri/download/book_rehab/n1.pdf.]
14. World Health Organization: Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles; 2009.
15. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Hafizur Rahman M: Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2008, 1136(1):161-171.
16. Aday LA, Andersen R: A framework for the study of access to medical care. *Health services research* 1974, 9(3):208.
17. Tanahashi T: Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization* 1978, 56(2):295.
18. Oliver A, Mossialos E: Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004, 58(8):655-658.
19. Laura J. Frost, Michael R. Reich: Access : how do good health technologies get to poor people in poor countries?: Cambridge, Mass; 2008.
20. Rosen R, Florin D, Dixon J: Access to Health Care : Context Report London. In. King's Fund; 2001.
21. Obrist B, Iteba N, Lengeler C, Makemba A, Mshana C, Nathan R, Alba S, Dillip A, Hetzel MW, Mayumana I: Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. *PLoS medicine* 2007, 4(10):e308.
22. World Health Organization: Medical Devices: Managing the Mismatch: an outcome of the Priority Medical Devices project In. Geneva World Health Organization 2010.
23. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH: Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci* 2008, 1136:161-171.

24. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, Bakken S, Kaplan CP, Squiers L, Fabrizio C *et al*: How We Design Feasibility Studies. *American journal of preventive medicine* 2009, 36(5):452-457.
25. จิตรัตน์ นงค์ทอง, มาลิน เนาว์นาน: นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ:นักวิชาชีพน้องใหม่ กับความท้าทายในงานด้านคนพิการในประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ 2017, 13:69-80.
26. ปิยะรัตน์ นุชผ่องใส: บทบาทหน้าที่ของนักให้คำปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ 2548, 1(1).
27. Fitts SS: Exercise Coaching and Rehabilitation Counseling Improve Quality of Life for Predialysis and Dialysis Patients *Nephron* 1999, 82:115-121.
28. Johnston M: Impact on Patients and Partners of Inpatient and Extended Cardiac Counseling and Rehabilitation: A Controlled Trial. *Psychosomatic Medicine* 1999, 61:215-223.
29. Frain MP: A meta-analysis of rehabilitation outcomes based on level of education of counselor *Journal of rehabilitation* 2006, 72(1):10-18.
30. Frain MP: A Roadmap for Rehabilitation Counseling to Serve Military Veterans with Disabilities. *Journal of Rehabilitation* 2010, 76(1):13-21.
31. Shaikh BT, Hatcher J: Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers. *Journal of public health (Oxford, England)* 2005, 27(1):49-54.
32. ทรงยศ พิลาสันต์, ธนพร บุชบัวโล, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส: การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการลงทุนให้บริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย spirometry ในโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2560.
33. Vergunst R, Swartz L, Mji G, MacLachlan M, Mannan H: 'You must carry your wheelchair'--barriers to accessing healthcare in a South African rural area. *Global health action* 2015, 8:29003.
34. Puett C, Guerrero S: Barriers to access for severe acute malnutrition treatment services in Pakistan and Ethiopia: a comparative qualitative analysis. *Public health nutrition* 2015, 18(10):1873-1882.

35. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W: Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health policy and planning* 2012, 27(4):288-300.
36. Van Rooy G, Amadhila EM, Mufune P, Swartz L, Mannan H, MacLachlan M: Perceived barriers to accessing health services among people with disabilities in rural northern Namibia. *Disability & Society* 2012, 27(6):761-775.
37. Sakellariou D, Rotarou ES: Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open* 2017, 7(8).
38. Eide AH, Mannan H, Khogali M, van Rooy G, Swartz L, Munthali A, Hem KG, MacLachlan M, Dyrstad K: Perceived Barriers for Accessing Health Services among Individuals with Disability in Four African Countries. *PloS one* 2015, 10(5):e0125915.
39. Joe C: Health and Access to Health Care of Female Family Caregivers of Adults With Developmental Disabilities. *Journal of Disability Policy Studies* 2008, 19(2):68-79.
40. Karen H, Mark J, David T, Ken W, Trevor D-H, Eugene K: Access and Coordination of Health Care Service for People With Disabilities. *Journal of Disability Policy Studies* 2008, 20(1):28-34.
41. WHO: World Disability Report In. Geneva: World Health Organization; 2011.
42. Trani J-F, Browne J, Kett M, Bah O, Morlai T, Bailey N, Groce N: Access to health care, reproductive health and disability: A large scale survey in Sierra Leone. *Social Science & Medicine* 2011, 73(10):1477-1489.
43. Veltman A, Stewart DE, Tardif GS, Branigan M: Perceptions of primary healthcare services among people with physical disabilities - part 1: access issues. *MedGenMed : Medscape general medicine* 2001, 3(2):18.
44. Branigan M, Stewart DE, Tardif GS, Veltman A: Perceptions of primary healthcare services among persons with physical disabilities - part 2: quality issues. *MedGenMed : Medscape general medicine* 2001, 3(2):19.
45. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, และคณะ: เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.

46. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย: คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. ทูสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่; 2541.
47. The australian society of rehabilitation counsellors (ASORC): Core compitenxies for the profession of rehabilitation counselling. In. Sydney: The australian society of rehabilitation counsellors (ASORC); 2015: 28.
48. Australian Society of Rehabilitation Counsellors (ASORC): Code of Ethics In. Sydney: Australian Society of Rehabilitation Counsellors (ASORC); 2008.
49. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข: รายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข ประจำปี 2560. นนทบุรี; 2560.
50. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ: แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560- 2564. คณะทำงานจัดทำแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ. นนทบุรี: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ; 2559.

ภาคผนวก



1. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้มีลักษณะของกลุ่มที่ตอบแบบสำรวจโรงพยาบาล ลักษณะทางประชากรและเศรษฐฐานะของกลุ่มตัวอย่างคนพิการ และลักษณะผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม ดังนี้

1.1 การสำรวจโรงพยาบาล

จากการส่งแบบสำรวจการจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ทางไปรษณีย์ จำนวน 897 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 33 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 84 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 แห่ง ตั้งแต่วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2562 ผลการศึกษาพบว่า มีโรงพยาบาลตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 363 แห่ง (คิดเป็นร้อยละการตอบกลับเท่ากับร้อยละ 40.4) โดยแบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 15 แห่ง (คิดเป็นร้อยละการตอบกลับเท่ากับร้อยละ 45.5) โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 43 แห่ง (คิดเป็นร้อยละการตอบกลับเท่ากับร้อยละ 51.2) และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 305 แห่ง (คิดเป็นร้อยละการตอบกลับเท่ากับร้อยละ 39.0) (ตารางภาคผนวกที่ 1)

ตารางภาคผนวกที่ 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลในการตอบแบบสอบถาม

ระดับโรงพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	ร้อยละการตอบ กลับ
โรงพยาบาลศูนย์ (A)	15	4.2	45.5
โรงพยาบาลทั่วไป	43	11.9	
โรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด (S)	26	7.2	51.2
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)	17	4.7	
โรงพยาบาลชุมชน	305	83.9	
โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2)	45	12.4	39.0
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1)	35	9.6	
โรงพยาบาลชุมชน (F2)	190	52.3	
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)	35	9.6	
รวม	363	100.0	40.4

ตารางภาคผนวกที่ 2 บุคลากรที่ให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล
จำแนกตามระดับโรงพยาบาล

บุคลากร	รพท. S	รพท. M1	รพช. M2	รพช. F1	รพช. F2	รพช. F3
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	12 (63.2)	3 (27.3)	3 (10.3)	1 (5.9)	6 (4.8)	1 (6.7)
จิตแพทย์	14 (73.7)	7 (63.6)	2 (6.9)	1 (5.9)	6 (4.8)	0 (0.0)
นักกายภาพบำบัด	17 (89.5)	9 (81.8)	26 (89.7)	16 (94.1)	113 (91.1)	15 (100.0)
นักกิจกรรมบำบัด	7 (36.8)	3 (27.3)	8 (27.6)	0 (0.0)	10 (8.1)	0 (0.0)
พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู	4 (22.2)	1 (9.1)	2 (7.1)	1 (5.9)	12 (9.7)	0 (0.0)
พยาบาลจิตเวช	16 (84.2)	10 (90.9)	24 (82.8)	13 (76.5)	76 (61.3)	11 (73.3)
นักจิตวิทยาทั่วไป	7 (36.8)	4 (36.4)	9 (31.0)	4 (23.5)	22 (17.7)	0 (0.0)
นักจิตวิทยาคลินิก	13 (68.4)	2 (18.2)	9 (31.0)	3 (17.6)	5 (4.0)	0 (0.0)
นักสังคมสงเคราะห์	19 (100.0)	8 (72.7)	0 (0.0)	1 (5.9)	1 (0.8)	0 (0.0)

ตารางภาคผนวกที่ 3 ประเภทบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลจำแนก
ตามระดับโรงพยาบาล

ประเภทบริการ	จำนวนแห่ง (%)					
	รพท. S	รพท. M1	รพช. M2	รพช. F1	รพช. F2	รพช. F3
1) การให้คำปรึกษาด้านการปรับตัวต่อความพิการ	17 (89.5)	7 (63.6)	23 (79.3)	17 (100.0)	97 (78.2)	14 (93.3)
2) การให้คำปรึกษาด้านการแพทย์	19 (100.0)	10 (90.9)	25 (86.2)	14 (82.4)	111 (89.5)	14 (93.3)
3) การให้คำปรึกษาด้านการศึกษา	9 (47.4)	7 (63.6)	16 (55.2)	10 (58.8)	43 (34.7)	5 (33.3)

ประเภทบริการ	จำนวนแห่ง (%)					
	รพท. S	รพท. M1	รพท. M2	รพท. F1	รพท. F2	รพท. F3
4) การให้คำปรึกษาด้านสังคม	14 (73.7)	9 (81.8)	14 (48.3)	10 (58.8)	58 (46.8)	6 (40.0)
5) การให้คำปรึกษาด้านอาชีพ	10 (52.6)	9 (81.8)	15 (51.7)	7 (41.2)	42 (33.9)	5 (33.3)
6) การให้คำปรึกษาด้านเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก	14 (73.7)	5 (45.5)	17 (58.6)	12 (70.6)	64 (51.6)	7 (46.7)

1.2 การสำรวจคนพิการ

จากการสำรวจคนพิการพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 93 คน (คิดเป็นร้อยละ 62 จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด) โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 60.2 และเพศหญิง ร้อยละ 39.8 อายุเฉลี่ย 51 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 36.6) สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 52.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 46.2) รายได้เฉลี่ย 3,000 บาทต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิ ท.74 (ร้อยละ 61.3) พิกัดทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 94.6) และมีระยะความพิการเฉลี่ย 5 ปี (ตารางภาคผนวกที่ 4)

ตารางภาคผนวกที่ 4 ลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างคนพิการ

ลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างคนพิการ		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	56	60.2
	หญิง	37	39.8
อายุ (Mean=51.6 SD=16.09)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	1	1.1
	อายุ 21-39 ปี	26	28.0
	อายุ 40-59 ปี	29	31.2
	อายุ 60 ปีขึ้นไป	37	39.8
การศึกษาสูงสุด	ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	2.2

ลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจกลุ่มตัวอย่างคนพิการ		จำนวน	ร้อยละ
	ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	34	36.6
	มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	14	15.1
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	14	15.1
	ปวช. หรือเทียบเท่า	3	3.2
	อนุปริญญา ปวส. หรือเทียบเท่า	5	5.4
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	21	22.6
สถานภาพสมรส	โสด	31	33.3
	สมรส/อยู่ด้วยกัน	49	52.7
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	13	14.0
อาชีพหลัก	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	43	46.2
	ข้าราชการ พนักงานของรัฐ	5	5.4
	เกษตรกรกรรม ประมง	1	1.1
	รับจ้าง	22	23.7
	ค้าขาย	7	7.5
	พนักงานบริษัทเอกชน/โรงงาน	8	8.6
	นักเรียน นักศึกษา	1	1.1
	อื่น ๆ	6	6.5
รายได้ตนเอง (Median=3,100 SD.=10705)	ไม่มีรายได้	12	12.9
	รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท	35	37.6
	รายได้ 3,001-5,000 บาท	5	5.4
	รายได้ 5,001-10,000 บาท	22	23.7
	รายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	19	20.4
	ไม่มีรายได้	1	1.1

ลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจกลุ่มตัวอย่างคนพิการ		จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว (Median=15,000 SD=31848)	รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	9	9.7
	รายได้ 5,001-10,000 บาท	24	25.8
	รายได้ 10,001-30,000 บาท	42	45.2
	รายได้ 30,001-50,000 บาท	4	4.3
	รายได้ 50,001 บาทขึ้นไป	13	14.0
สิทธิการ รักษาพยาบาล	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	57	61.3
	ข้าราชการ	11	11.8
	ประกันสังคม	25	26.9
ประเภทความพิการ	ทางร่างกายหรือทางการเคลื่อนไหว	88	94.6
	ทางการมองเห็น	4	4.3
	ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย	0	0.0
	ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	1	1.1
	ทางสติปัญญา	0	0.0
	ทางการเรียนรู้	0	0.0
	ทางออทิสติก	0	0.0
ระยะเวลาความ พิการ (Median=5 SD=11.2)	น้อยกว่า 1 ปี	14	15.1
	1-5 ปี	38	40.9
	6-10 ปี	17	18.3
	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	24	25.8

1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์จำนวนทั้งสิ้น 16 คน ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติงานนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 คน นักกายภาพบำบัด 4 คน นักกิจกรรมบำบัด 4 คน นายแพทย์ชำนาญการ/แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 คน และนักกายอุปกรณ์ 1 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) และมีอายุการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมากกว่า 10 ปี

1.4 การอภิปรายกลุ่ม

มีการจัดอภิปรายกลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 9 ครั้ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 4 ครั้ง โรงพยาบาลชุมชน 4 ครั้ง และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ 1 ครั้ง ผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่ม ประกอบไปด้วย แพทย์/แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเฉพาะทาง สุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักกายอุปกรณ์ ช่างกายอุปกรณ์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข นักจัดการงานทั่วไป (orientation and mobility) และพนักงานบริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79) อายุเฉลี่ย 41 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 74) อายุการทำงานเฉลี่ย 14 ปี

2. ความรู้ ทักษะ ที่บุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการต้องการ

2.1 โรงพยาบาลศูนย์

1. เทคนิค ทักษะขั้นตอนการบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมิน/การประเมินค่า 2) การวินิจฉัยและวางแผนการรักษา 3) มาตรการการให้คำปรึกษา 4) การส่งต่อ 5) การจัดการรายกรณี 6) การประเมินผลโปรแกรม 7) การวิจัย และ 8) การให้คำปรึกษา

2. การให้คำปรึกษาแบบครอบครัวในการเผชิญกับความพิการ

3. สิทธิคนพิการที่พึงได้รับในทุกด้าน

4. การให้คำปรึกษาด้านเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก

2.2 โรงพยาบาลทั่วไป

1. ขั้นตอนการบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมิน/การประเมินค่า 2) การวินิจฉัยและวางแผนการรักษา 3) มาตรการการให้คำปรึกษา 4) การส่งต่อ 5) การจัดการรายกรณี 6) การประเมินผลโปรแกรม 7) การวิจัย และ 8) การให้คำปรึกษา

2. การให้คำปรึกษาด้านการปรับตัวต่อความพิการ ด้านการแพทย์ การศึกษา สังคม อาชีพ และ เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก

3. ความรู้เกี่ยวกับขอบเขตการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

4. การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม

5. กฎหมายเกี่ยวกับผู้พิการและหน่วยงานสนับสนุนอื่น

6. การวิจัยเชิงคุณภาพ/สังคมของคนพิการ

7. การปรับตัวและปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ เช่น กรณีผู้ป่วยที่มีการสูญเสียอวัยวะ

8. การให้คำปรึกษาคนพิการที่อยู่ในภาวะยากลำบาก

9. การอบรมเพื่อเป็นนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

2.3 โรงพยาบาลชุมชน

1. ขั้นตอนการบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมิน/การประเมินค่า 2) การวินิจฉัยและวางแผนการรักษา 3) มาตรการการให้คำปรึกษา 4) การส่งต่อ 5) การจัดการรายกรณี 6) การประเมินผลโปรแกรม 7) การวิจัย และ 8) การให้คำปรึกษา

2. การให้คำปรึกษาด้านการปรับตัวต่อความพิการ ด้านการแพทย์ การศึกษา สังคม อาชีพ และ เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก

3. โปรแกรมบำบัดครอบครัวคนพิการ
4. การจัดอบรมเพื่อทบทวนการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการปีละ 1 ครั้ง
5. จิตวิทยาในการคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเองและปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้
6. การสร้างความมั่นใจให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา
7. การให้คำปรึกษาผู้พิการเฉพาะกลุ่ม
8. สิทธิคนพิการที่พึงได้รับในทุกด้าน
9. การเสริมพลังแก่ผู้ให้คำปรึกษาในภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout)
10. ทักษะในการให้คำปรึกษาญาติในการดูแลผู้พิการรายใหม่
11. เทคนิคการให้คำปรึกษาคอนพิการในแต่ละประเภท
12. การถอดบทเรียนบุคลากรที่ปฏิบัติงานเพื่อฟื้นฟูองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพในการทำงาน

3. หลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทยและต่างประเทศ

จากการสืบค้นข้อมูลจากสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในประเทศไทยพบว่ามีสถาบันที่มีการเปิดสอนหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจำนวน 1 แห่ง คือ ภาควิชาฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีรายละเอียดหลักสูตร ดังนี้

ชื่อหลักสูตร : ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (Master of Arts Program in Rehabilitation Science for Persons with Disabilities)

วิชาเอก:

1. การปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (Rehabilitation counseling for person with disabilities)
2. การบริหารงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (Rehabilitation administration for person with disabilities)
3. เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก (Assistive technology)
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านตาบอดและสายตาสั้น (Blind and low vision rehabilitation)

โดยวิชาเอกการปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีแผนการศึกษาตลอดหลักสูตร จำนวน 4 ภาคการศึกษา (ไม่น้อยกว่า 39 หน่วยกิต) มีรายละเอียดวิชาเรียน ดังนี้

1. หมวดวิชาปรับพื้นฐาน (ไม่นับหน่วยกิต)

1.1 สถิติทางการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

- 1.2 จิตวิทยาว่าด้วยด้านความพิการ
2. หมวดวิชาแกน (9 หน่วยกิต)
 - 2.1 หลักการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 - 2.2 วิทยาาระเบียบวิธีวิจัยและสถิติทางการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 - 2.3 สัมมนาด้านการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
3. หมวดวิชาบังคับ (15 หน่วยกิต)
 - 3.1 ทฤษฎีการศึกษา
 - 3.2 การประเมินสำหรับการปฏิบัติงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 - 3.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านอาชีพ
 - 3.4 การศึกษาแบบกลุ่ม
 - 3.5 ปฏิบัติการด้านการปฏิบัติงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
4. หมวดวิชาเลือก (ไม่น้อยกว่า 3-9 หน่วยกิต ตามแผนการเรียน)
5. วิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์ (ตามแผนการเรียน)

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 ระบุว่าผู้ให้บริการการให้คำปรึกษานอกจากนักให้คำปรึกษาเพื่องานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแล้ว ยังมีผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ พยาบาลจิตเวช (อย่างน้อยต้องผ่านหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือปริญญาโทสาขาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือพยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) แพทย์หรือจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ โดยพบว่าหลักสูตรการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Residency Training Curriculum in Rehabilitation Medicine) ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย และสถาบันฝึกอบรมหลัก โดยในช่วง พ.ศ. 2507-2561 มีจำนวนแพทย์ผู้ได้รับหนังสืออนุมัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 39 คน และวุฒิบัตรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 589 คน รวมทั้งสิ้น 628 คน

2. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ (Certificate in Nursing Specialty in Rehabilitation Nursing) สถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีแผนการศึกษาตลอดหลักสูตรจำนวน 16 สัปดาห์ (16 หน่วยกิต)

แบ่งเป็น ภาคทฤษฎี 11 หน่วยกิต (165 ชั่วโมง) และภาคปฏิบัติ 5 หน่วยกิต (300 ชั่วโมง) มีกระบวนการวิชา ได้แก่ 1) นโยบายสุขภาพและประเด็นร่วมสมัยในการพยาบาล 2) การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการจัดการความเสี่ยง 3) การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4) การจัดการต่อเนื่องด้านการฟื้นฟูสภาพ 5) การส่งเสริมสุขภาพและการเตรียมความพร้อมเพื่อการดำรงชีวิตอิสระ 6) ปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 7) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตอิสระ โดยใน พ.ศ. 2553-2559 มีจำนวนผู้ได้รับวุฒิปัตรหลักสูตร จำนวน 7 รุ่น คิดเป็นจำนวน 162 คน

3. หลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชหลักสูตรปริญญาโทสาขาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เปิดสอนทั่วไปในสถาบันการศึกษาที่มีคณะพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักสูตรการเรียนการสอนวิชาการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ พบว่าหลักสูตรการให้คำปรึกษาส่วนใหญ่เป็นส่วนหนึ่งของการให้คำปรึกษาทั่วไป มีเพียงบางหลักสูตรเท่านั้นที่เน้นการสอนวิชาการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น หลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาการความพิการและการพัฒนา (Bachelor of Disability and Development Education) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ชื่อหลักสูตร:	หลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาการความพิการและการพัฒนา (Bachelor of Disability and Development Education; Rehabilitation Counselling)
สถาบัน:	มหาวิทยาลัย Flinders (Flinders University)
ภาควิชา:	สุขภาพ (Health)
วิชาเอก:	การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (Rehabilitation Counselling)
รูปแบบการเรียนการสอน:	ในมหาวิทยาลัยและออนไลน์
ข้อกำหนดเบื้องต้น:	ไม่มี
การรับรองมาตรฐานหลักสูตร:	Australian Society of Rehabilitation Counsellors and/or the Rehabilitation Counselling Association of Australasia
สภาวิชาชีพ:	มีสิทธิเป็นสมาชิกของ Developmental Educators Australia Inc.
ระยะเวลา:	หลักสูตร 4 ปี

แผนการศึกษาตลอดหลักสูตร

ชั้นปี	วิชาเรียน
ปีที่ 1	■ ความพิการและการฟื้นฟู (disability and rehabilitation) ■ การพัฒนาตลอดชีวิต (lifespan development) ■ ประเด็นสุขภาพและความพิการ (health issues and disability) ■ ความหลากหลายของมนุษย์ (human diversity) ■ การมีมนุษย์สัมพันธ์และทักษะการเข้ากลุ่ม (interpersonal and group skills) ■ แนะนำสู่วิชาการสื่อสารและภาษาที่ใช้ในการฟื้นฟูทางประสาทวิทยา (communication and language introduction to neurological rehabilitation) ■ หลักการเรียนรู้ (principles of learning)
ปีที่ 2	■ การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนสำหรับคนที่มีความต้องการทางการเรียนรู้ที่หลากหลาย (mentoring and advocacy for people with diverse learning needs) ■ การสื่อความหมายทดแทน (Augmentative and Alternative Communication; AAC) ■ การเรียนการสอนแบบชี้แนะ (Direct Instruction) ■ จริยธรรมในการประกอบวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงานด้านความพิการ (professional ethics for disability practitioners) ■ การจ้างงานและความพิการ (employment and disability) ■ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและในอาชีพการทำงาน (family and professional partnerships) ■ การทดลองฝึกงานในพื้นที่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับความพิการ (ครั้งละ 80 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง)
ปีที่ 3	■ การพัฒนาชุมชน (community development) ■ Funding and tendering in human services ■ การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมทางบวก (positive behaviour support) ■ การให้คำปรึกษา (counselling) ■ การจัดการรายกรณี (case management) ■ การทดลองฝึกงานในพื้นที่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับความพิการ เป็นเวลา 225 ชั่วโมง ■ ประเด็นเกี่ยวกับวิธีวิจัยทางสังคมและสุขภาพในเชิงคุณภาพ (topics in qualitative methods in social health research)
ปีที่ 4	■ การประเมินวิชาชีพ (vocational assessment) ■ การประเมินและการทดลองงาน (evaluation and job placement) ■ การชดเชยกรณีที่เกิดอุบัติเหตุและการจัดการพนักงาน (workers' and accident compensation) ■ การฟื้นฟูและสุขภาพจิต (rehabilitation and mental health)

ชั้นปี	วิชาเรียน
	■ การให้คำปรึกษาและการฟื้นฟูประยุกต์ (applied counselling and rehabilitation) ■ การทดลองฝึกงานในพื้นที่ภาคส่วนที่เกี่ยวกับความพิการ เป็นเวลา 150 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง


 เลขที่แบบสอบถาม

เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 ในสถาบันพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา
 ศ.ดร. 8 ขึ้น 7 ที่ 64 702 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี 11000

โครงการวิจัย: การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล (Protocol: Disabled version1 Date 22/08/2018)

ผู้วิจัยหลัก: นายสุวเดช ดวงพิทยศิริกุล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ในสถาบันพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว โดยได้คำนึงถึงประเด็นทางด้านวิชาการ RCH-GCP และด้านจริยธรรม และเมื่อมีมติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย ตามโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว ขอให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัย สถาบันวิจัยแห่งชาติด้วย

(ลงชื่อ)

(นายแพทย์วิรัช โชควิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

วันที่ประชุมครั้งแรก: 26 กันยายน พ.ศ.2561

(ลงชื่อ)

(นายแพทย์ปราโมทย์ เกียรติวิรัตน์)

รับรองตั้งแต่วันที่: 26 กันยายน พ.ศ.2561

เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

เลขที่แบบสอบถาม

แบบสำรวจ

การจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

วันที่ตอบแบบสอบถาม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2561

คำชี้แจง การสำรวจครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง “การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล” ซึ่งดำเนินการศึกษาโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล โดยทำการสำรวจในสถานพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ ผลการศึกษาจะนำมาสังเคราะห์ร่วมกับผลการศึกษาในส่วนอื่นเพื่อหาข้อสรุปและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับรูปแบบและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลของประเทศไทย

แบบสอบถามมีทั้งหมด 10 ข้อประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ส่วนที่ 2 การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และส่วนที่ 3 การบริการอื่น ๆ

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

หากมีข้อสงสัยติดต่อสอบถามนักวิจัยได้ที่

นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล โทรศัพท์มือถือ : 095-953-8929 e-mail : suradech.d@hitap.net

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เบอร์โทรศัพท์สำนักงานของคณะผู้วิจัย : 02-590-4374-5 โทรสาร : 02-590-4369

เฉพาะนักวิจัย

ลงชื่อ

ลงชื่อ

()

()

ผู้ตรวจแบบสำรวจ

ผู้บันทึกข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ.....นามสกุล.....

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์มือถือ.....

E-mail.....

เลขที่แบบสอบถาม คำชี้แจง : ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อมูลที่แท้จริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล	เฉพาะนักวิจัย
1. ชื่อโรงพยาบาล.....จังหวัด.....	HOS..... PROV.....
2. ประเภทโรงพยาบาล ☐ 1. โรงพยาบาลศูนย์ ☐ 2. โรงพยาบาลทั่วไป ☐ 3. โรงพยาบาลชุมชน ☐ 4. อื่น ๆ โปรด ระบุ.....	TYPE [] TYPEOTH.....
3. บุคลากรวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (หากไม่มี ให้ระบุ 0)	
3.1 แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน คน	DR []
3.2 จิตแพทย์ จำนวน คน	PSY []
3.3 นักกายภาพบำบัด จำนวน คน	PHY []
3.4 นักกิจกรรมบำบัด จำนวน คน	TER []
3.5 พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน คน	NRSREH []
3.6 พยาบาลจิตเวช จำนวน คน	NRSPHY []
3.7 นักจิตวิทยาทั่วไป จำนวน คน	GENPSY []
3.8 นักจิตวิทยาคลินิก จำนวน คน	CLIPSY []
3.9 นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน คน	SOC []
3.10 นักรรณบำบัด จำนวน คน	SPEH []
3.11 นักอาชีพบำบัด จำนวน คน	OCC []
3.12 นักแก้ไขการได้ยิน จำนวน คน	HEAR []
3.13 นักให้คำปรึกษาเพื่องานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำนวน คน	PEER []

เลขที่แบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 การจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ			
4. ปัจจุบันโรงพยาบาลของท่านมีการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเหล่านี้หรือไม่			
4.1 กายภาพบำบัด	☐ 0. ไม่มี	☐ 1. มี	PHYTER []
4.2 กิจกรรมบำบัด	☐ 0. ไม่มี	☐ 1. มี	ACTTER []
4.3 พฤติกรรมบำบัด	☐ 0. ไม่มี	☐ 1. มี	BEHTER []
4.4 จิตบำบัด	☐ 0. ไม่มี	☐ 1. มี	PSYTER []
4.5 ฟื้นฟูการเห็น	☐ 0. ไม่มี	☐ 1. มี	EYETER []
4.6 ประเมิน/แก้ไขการพูด	☐ 0. ไม่มี	☐ 1. มี	SPHTER []
4.7 ฟื้นฟูการได้ยิน	☐ 0. ไม่มี	☐ 1. มี	HERTER []
4.8 ส่งเสริมพัฒนาการ (Early intervention)	☐ 0. ไม่มี	☐ 1. มี	EARLY []
4.9 ฉีดสาร Phenol ลดอาการเกร็ง	☐ 0. ไม่มี	☐ 1. มี	PHEN []
5. ปัจจุบันโรงพยาบาลของท่านมีบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือไม่ (การให้คำปรึกษาฯ หมายถึง การช่วยบุคคลให้เผชิญกับผลที่เกิดจากความพิการโดยการให้คำปรึกษาด้านส่วนตัว การแพทย์ การศึกษา สังคม อาชีพ และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก โดยให้คำปรึกษากับคนพิการ และครอบครัวตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่รับคำปรึกษา รู้จักและเข้าใจตนเอง และยอมรับตนเอง มีความมั่นใจในความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องมีทักษะในการตัดสินใจ สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมด้วยตนเองได้)			REHAB []
6. จำนวนผู้รับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในปีงบประมาณ 2560 (1 ต.ค. 60-30 ก.ย. 61) จำนวน ราย			NREHAB []
7. จำนวนครั้งที่ให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในปีงบประมาณ 2560 (1 ต.ค. 60-30 ก.ย. 61) จำนวน ครั้ง			FREHAB []

เลขที่แบบสอบถาม

8. ปัจจุบันโรงพยาบาลของท่านมีบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเหล่านี้หรือไม่			
8.1 การให้คำปรึกษาด้านส่วนตัว	☐ 0. ไม่มี ☐ 1. มี	PRV	[]
8.2 การให้คำปรึกษาด้านการแพทย์	☐ 0. ไม่มี ☐ 1. มี	MED	[]
8.3 การให้คำปรึกษาด้านการศึกษา	☐ 0. ไม่มี ☐ 1. มี	EDU	[]
8.4 การให้คำปรึกษาด้านสังคม	☐ 0. ไม่มี ☐ 1. มี	SOCI	[]
8.5 การให้คำปรึกษาด้านอาชีพ	☐ 0. ไม่มี ☐ 1. มี	OCCE	[]
8.6 การให้คำปรึกษาด้านเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก	☐ 0. ไม่มี ☐ 1. มี	TECH	[]
9. ปัจจุบันโรงพยาบาลของท่านมีรูปแบบบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเหล่านี้หรือไม่			
9.1 การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (individual counseling)	☐ 0. ไม่มี ☐ 1. มี	INDC	[]
9.2 การให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่ม (group counseling)	☐ 0. ไม่มี ☐ 1. มี	GRPC	[]
10. ปัจจุบันเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ประกอบด้วย			
10.1 แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	☐ 0. ไม่ใช่ ☐ 1. ใช่	DR10	[]
10.2 จิตแพทย์	☐ 0. ไม่ใช่ ☐ 1. ใช่	PSY10	[]
10.3 นักกายภาพบำบัด	☐ 0. ไม่ใช่ ☐ 1. ใช่	PHY10	[]
10.4 นักกิจกรรมบำบัด	☐ 0. ไม่ใช่ ☐ 1. ใช่	TER10	[]
10.5 พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู	☐ 0. ไม่ใช่ ☐ 1. ใช่	NRSREH10	[]
10.6 พยาบาลจิตเวช	☐ 0. ไม่ใช่ ☐ 1. ใช่	NRSPSY10	[]
10.7 นักจิตวิทยาทั่วไป	☐ 0. ไม่ใช่ ☐ 1. ใช่	GENPSY10	[]
10.8 นักจิตวิทยาคลินิก	☐ 0. ไม่ใช่ ☐ 1. ใช่		

เลขที่แบบสอบถาม

10.9 นักสังคมสงเคราะห์	☐ 0. ไม่ใช่ ☐ 1. ใช่	CLIPSY10 []
10.10 นักให้คำปรึกษาเพื่องานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	☐ 0. ไม่ใช่ ☐ 1. ใช่	SOC10 []
		PEER10 []
ส่วนที่ 3 การบริการอื่น ๆ		
11. ปัจจุบันโรงพยาบาลของท่านมีบริการเหล่านี้หรือไม่		
11.1 การฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการ	☐ 0. ไม่มี ☐ 1. มี	WHEEL []
11.2 การให้คำปรึกษาปรับสภาพบ้าน	☐ 0. ไม่มี ☐ 1. มี	HOUSE []
12. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล		
.....		
.....		
.....		
.....		

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

โครงการวิจัย : การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

แบบสอบถามผู้ให้บริการ

(นักให้คำปรึกษา/นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด/นักกายภาพบำบัด)

คำชี้แจง

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการต่อไป แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก

วัน/เดือน/ปีที่ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. ตำแหน่ง.....
3. ระยะเวลาในการดำเนินงานด้านการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
.....
4. บทบาทการทำงานในการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
.....
.....
.....

ส่วนที่ 2 ประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก

ประเด็น	คำถาม
1. ความคิดเห็นต่อปัจจัยการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในด้านนโยบาย ด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้รับบริการ	1.1 ท่านคิดว่าปัจจัยใดบ้างที่ทำให้คนพิการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้อย่างทั่วถึง 1.2 ท่านคิดว่าปัจจัยใดที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะอะไร 1.3 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อนโยบายการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล 1.4 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรหากนโยบายการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการถูกรวมอยู่ในรายการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของ สปสช.
2. การรับรู้/การยอมรับ แนวปฏิบัติ	2.1 แนวทางในการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นสามารถทำได้อย่างไรบ้าง 2.2 ท่านเห็นว่ากระบวนการดำเนินงานการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในอนาคตควรมีทิศทางหรือการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างไรบ้าง 2.3 แนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ทั้งช่วงก่อน/ระหว่างการรักษาในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของท่าน 2.4 ท่านคิดว่าการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีความสำคัญหรือความจำเป็นมาก/น้อย อย่างไรบ้าง 2.5 ข้อขัดข้องที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ในกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการสามารถเกิดจากสาเหตุอะไรได้บ้าง และจะมีแนวทางในการป้องกันแก้ไขอย่างไรบ้าง 2.6 ผู้ที่มีบทบาทในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภายในหน่วยงานของท่านมีใครบ้าง และมีบทบาทหน้าที่อย่างไร
3. ความรู้ ทัศนคติ (ความรู้-อ้างอิงจากขั้นตอนการให้คำปรึกษา)	3.1 ท่านเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา หรือ การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หรือไม่ 3.2 เล่าประสบการณ์ตรงในบทบาทหน้าที่การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของท่าน

ประเด็น	คำถาม
	3.3 เล่าขั้นตอนของกระบวนการให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของท่านตั้งแต่เริ่มแรกจนสิ้นสุดกระบวนการ 3.4 จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ท่านเลือกวิธีการให้คำปรึกษาเพื่อให้เหมาะสมกับคนพิการแต่ละประเภทอย่างไรบ้าง 3.5 ในการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ท่านได้มีการติดตามผลของการให้คำปรึกษาของผู้ใช้บริการหรือไม่ อย่างไร 3.6 ในการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีกรณีใดบ้างที่ต้องทำการส่งต่อผู้รับบริการไปยังสหวิชาชีพ/หน่วยงาน หน่วยงานอื่น ๆ และมีกระบวนการหรือเกณฑ์ในการส่งต่ออย่างไรบ้าง
4. ผลลัพธ์ของผู้ที่ได้รับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	4.1 ท่านคิดว่าการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีประโยชน์ต่อตัวของคนพิการและบุคคลรอบข้างอย่างไรบ้าง 4.2 จากประสบการณ์การทำงานของท่าน คนพิการที่ได้รับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีความแตกต่างจากคนพิการที่ไม่ได้รับบริการหรือไม่ อย่างไร
5. ปัญหา/อุปสรรคการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	5.1 ในการดำเนินงานที่ผ่านมา หน่วยงานของท่านพบปัญหาหรือข้อจำกัดในการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือไม่ อย่างไร 5.2 ท่านได้ดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นหรือไม่ อย่างไร 5.3 มีปัญหา/อุปสรรค ใดบ้างที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ และในอนาคตมีแนวทางในการแก้ไขอย่างไร

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

โครงการวิจัย : การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟู

สมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม

(บุคลากร/เจ้าหน้าที่ให้บริการการให้คำปรึกษา และเจ้าหน้าที่วิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล)

คำชี้แจง

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการต่อไป แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 ประเด็นการสนทนากลุ่ม

วัน/เดือน/ปีที่ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. จำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม.....คน (หญิง.....คน ชาย.....คน)
2. หน่วยงาน.....

ประเด็นการอภิปรายกลุ่ม

ประเด็น	คำถาม
ความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	
การยอมรับ (acceptability)	- ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ - ท่านคิดว่าการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีประโยชน์ต่อตัวของคนพิการและบุคคลรอบข้างอย่างไรบ้าง - ท่านคิดว่าให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจะสามารถช่วยเหลือคนพิการได้อย่างไรบ้าง
ความต้องการ (demand)	- คาดการณ์สถานการณ์ในอีก 1 ปี และ 5 ปี ข้างหน้า ท่านคิดว่าจำนวนความต้องการได้รับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภายในพื้นที่ดำเนินการของท่านจะมีแนวโน้มเป็นอย่างไร เพราะเหตุใด - บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภายในหน่วยงานของท่านมีใครบ้าง และมีโครงสร้างแบ่งบทบาทหน้าที่กันอย่างไร - ท่านคิดว่าการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีความจำเป็นต่อผู้รับบริการมาก/น้อย อย่างไร - อัตราของคนพิการที่ต้องการได้รับคำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในพื้นที่รับผิดชอบของท่านในปัจจุบันมีความเปลี่ยนแปลงจาก 5 ปี ที่ผ่านมาหรือไม่ อย่างไร - ท่านเห็นว่าควรมีการพัฒนาทักษะและความรู้ของบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างไรบ้าง
การนำไปปฏิบัติ (implementation)	- แนวทางในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการประกอบด้วยอะไรบ้าง - ท่านคิดว่าระบบการรักษามาตรฐานในการให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการควรเป็นอย่างไร - แนวทางในการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นสามารถทำได้อย่างไรบ้าง

ประเด็น	คำถาม
การดำเนินการ (practicality)	- ภายในหน่วยงานของท่านมีการบริหารจัดการด้านทรัพยากร เวลา หรือเงื่อนไขอื่น ๆ เช่น ความมุ่งมั่นของผู้ดำเนินการ ที่มีอย่างจำกัดกับการบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างไรบ้าง - หน่วยงานของท่านมีการบริหารจัดการเรื่องการเบิกจ่ายสำหรับคนพิการที่มารับบริการรับคำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างไร - ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภายในหน่วยงานของท่านมีอะไรบ้าง และหน่วยงานของท่านมีวิธีในการบริหารจัดการอย่างไร - ท่านเห็นว่ากระบวนการดำเนินงานการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในอนาคตควรมีทิศทางหรือการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างไรบ้าง
การปรับเปลี่ยน (adaptation)	- เล่าถึงรูปแบบของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหน่วยงานของท่าน - ที่ผ่านมามีข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือไม่ อย่างไร และเห็นว่าควรมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานอย่างไรให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ - ท่านเคยมีประสบการณ์ให้คำปรึกษาที่ต้องปรับเปลี่ยนเนื้อหา หรือกระบวนการดำเนินงานตามบริบทและสถานการณ์ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นหรือไม่ อย่างไร - จากประสบการณ์ทำงานในพื้นที่ ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรต่อรูปแบบและระบบบริหารจัดการเรื่องการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้มีความเหมาะสมในภาพรวมระดับประเทศ
การบูรณาการ (integration)	- เล่าถึงระบบโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้รองรับต่อนโยบายการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภายในหน่วยงานของท่านที่ผ่านมา - ท่านคิดว่า การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รูปแบบใดที่เหมาะสมและเป็นไปได้สำหรับบริบทการให้บริการของโรงพยาบาลในประเทศไทย

ประเด็น	คำถาม
	- ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรต่อการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เพื่อให้เกิดรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติทั้งในระดับพื้นที่ และระดับประเทศ - ท่านมีความเห็นอย่างไรต่อระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่มีอยู่แล้วว่าระดับใดที่ต้องการความเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดรูปแบบการให้บริการที่มีความเหมาะสม - ท่านคิดว่านอกเหนือจากนักจิตวิทยา หรือ นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแล้ววิชาชีพใดที่สามารถให้บริการนี้ได้อีก เพราะเหตุใด และควรมีกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้อย่างไร - ท่านต้องการการสนับสนุนเพื่อการปฏิบัติงานในอนาคตในด้านใดบ้าง
การขยายผล (expansion)	- ท่านเห็นว่าการบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจะสามารถขยายผลลงไปในพื้นที่ของโรงพยาบาล/หน่วยบริการสุขภาพระดับอื่น ๆ ได้หรือไม่ อย่างไรบ้าง



เลขที่แบบสอบถาม 000

แบบสอบถามผลลัพธ์การได้รับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

วันที่ตอบแบบสอบถาม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2562

คำชี้แจง การสำรวจครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง “การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล” ซึ่งดำเนินการศึกษาโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุข การสำรวจคนพิการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของคนพิการที่ได้รับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผลการศึกษาจะนำมาสังเคราะห์ร่วมกับผลการศึกษาในส่วนอื่นเพื่อหาข้อสรุปและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับรูปแบบและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ ตามแบบการประเมินขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL – BREF - THAI) และ EQ-5D-5L Thai Version

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการใช้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในโรงพยาบาล

หากมีข้อสงสัยติดต่อสอบถามนักวิจัยได้ที่

นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล โทรศัพท์มือถือ : 095-953-8929 e-mail : suradech.d@hitap.net

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เบอร์โทรศัพท์สำนักงานของคณะผู้วิจัย : 02-590-4374-5 โทรสาร : 02-590-4369

เฉพาะนักวิจัย

ลงชื่อ ลงชื่อ ลง

ชื่อ

() () ()

ผู้สัมภาษณ์

ผู้ตรวจแบบสำรวจ

ผู้บันทึกข้อมูล



เลขที่แบบสอบถาม 000

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ และเติมช่องว่างที่เว้นไว้ เลือกตอบตรงความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด (เลือกตอบข้อละ 1 คำตอบ)

		เฉพาะนักวิจัย
1) เพศ	☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง	SEX []
2) วันเดือนปีเกิด	วันที่ เดือน ปี พ.ศ. กรณีไม่ทราบวันเดือนปีเกิด อายุ ปี	AGE [] Yrs.
3) ศาสนา	☐ 1. พุทธ ☐ 2. อิสลาม ☐ 3. คริสต์ ☐ 4. อื่นๆ ระบุ _____	REG [] REG_OTH _____
4) การศึกษาสูงสุด	☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ☐ 5. ปวช. หรือเทียบเท่า ☐ 6. อนุปริญญา ปวส. หรือเทียบเท่า ☐ 7. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ☐ 8. อื่นๆ ระบุ _____	EDU [] EDU_OTH _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
5) สถานภาพสมรส	☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส/อยู่ด้วยกัน ☐ 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	STATUS []



เลขที่แบบสอบถาม 0000

6) อาชีพหลักในปัจจุบัน	☐ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 2. ข้าราชการ พนักงานของรัฐ ☐ 3. รัฐวิสาหกิจ ☐ 4. เกษตรกรรม ประมง ☐ 5. รับจ้าง ☐ 6. ค้าขาย ☐ 7. พนักงานบริษัทเอกชน/โรงงาน ☐ 8. นักเรียน นักศึกษา ☐ 9. อื่นๆ ระบุ _____	OCC [] OCC_OTH _____
7) สิทธิในการรักษาพยาบาลที่ใช้อยู่เป็นประจำ	☐ 1. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ☐ 2. ข้าราชการ ☐ 3. ประกันสังคม ☐ 4. อื่นๆ ระบุ _____	INS [] INS_OTH _____
8) รายได้เฉลี่ยส่วนตัวของท่าน	_____ บาท/เดือน	PINC _____
9) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวท่าน	_____ บาท/เดือน	HHINC _____
10) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	_____ คน	MEM _____
11) ระยะห่างจากบ้านมายังโรงพยาบาลที่รับ	_____ กิโลเมตร	DIST _____



เลขที่แบบสอบถาม 000

บริการเป็น ประจำ		
12) ประเภทความ พิการ (ตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ)	☐ 1. ทางร่างกายหรือทางการเคลื่อนไหว ☐ 2. ทางการมองเห็น ☐ 3. ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ☐ 4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ 5. ทางสติปัญญา ☐ 6. ทางการเรียนรู้ ☐ 7. ทางอหิสติก	DISAB1 [] DISAB2 [] DISAB3 [] DISAB4 [] DISAB5 [] DISAB6 [] DISAB7 []
13) ระยะเวลาความ พิการ	ปี เดือน	DISTIME [] Month

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ

2.1 คุณภาพชีวิตคนพิการ ตามแบบการประเมินขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL – BREF - THAI)

คำชี้แจง : กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ แล้วแสดงความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตของท่าน โดยใช้เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่กำหนด ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านเลือกตอบในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ดังนี้

- 1 = ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
- 2 = เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
- 3 = ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับกลางๆ
- 4 = มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี



เลขที่แบบสอบถาม 000

5 = มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่สมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความคิดเห็น					CODE
		1 (ไม่ เลย)	2 (เล็ก น้อย)	3 (ปาน กลาง)	4 (มาก)	5 (มาก ที่สุด)	
1)	ท่านพอใจในสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด						SFQ1 []
2)	การเจ็บป่วยตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ ต้องการมากนักน้อยเพียงใด						SFQ2 []
3)	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน						SFQ3 []
4)	ท่านพอใจในการนอนหลับของท่านมากนักน้อย เพียงใด						SFQ4 []
5)	ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ มี ความหวังมากนักน้อยเพียงใด						SFQ5 []
6)	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด						SFQ6 []
7)	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักน้อยแค่ไหน						SFQ7 []
8)	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง						SFQ8 []
9)	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ลึ้น หวัง วิดก กังวล บ่อยแค่ไหน						SFQ9 []
10)	ท่านรู้สึกพอใจมากนักน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน						SFQ10 []



เลขที่แบบสอบถาม 0000

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความคิดเห็น					CODE
		1 (ไม่ เลย)	2 (เล็ก น้อย)	3 (ปาน กลาง)	4 (มาก)	5 (มาก ที่สุด)	
11)	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน						SFQ11 []
12)	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด						SFQ12 []
13)	ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา						SFQ13 []
14)	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ						SFQ14 []
15)	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีในแต่ละวัน						SFQ15 []
16)	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด						SFQ16 []
17)	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด						SFQ17 []
18)	ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด						SFQ18 []
19)	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด						SFQ19 []

เลขที่แบบสอบถาม

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความคิดเห็น					CODE
		1 (ไม่ เลย)	2 (เล็ก น้อย)	3 (ปาน กลาง)	4 (มาก)	5 (มาก ที่สุด)	
20)	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อย เพียงใด						SFQ20 []
21)	สภาพรอบ ๆ บ้านดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อย เพียงใด						SFQ21 []
22)	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด						SFQ22 []
23)	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน						SFQ23 []
24)	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด						SFQ24 []
25)	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศ ขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)						SFQ25 []
26)	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด						SFQ26 []

เลขที่แบบสอบถาม

2.2 แบบสอบถาม EQ5D

ในแต่ละหัวข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม **เพียงช่องเดียว** ที่ตรงกับสุขภาพของท่านในวันนี้ มากที่สุด.

การเคลื่อนไหว

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินเล็กน้อย ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินปานกลาง ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินอย่างมาก ☐
- ข้าพเจ้าเดินไม่ได้ ☐

การดูแลตนเอง

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก ☐
- ข้าพเจ้าอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้ ☐

กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน, เรียนหนังสือ, ทำงานบ้าน, กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง)

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก ☐
- ข้าพเจ้าทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้ ☐

อาการเจ็บปวด / อาการไม่สบายตัว

- ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว ☐



เลขที่แบบสอบถาม

ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย

☐

ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง

☐

ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก

☐

ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด

☐

ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า

ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า

☐

ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย

☐

ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง

☐

ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก

☐

ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด

☐

Thailand (Thai) © 2012 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group



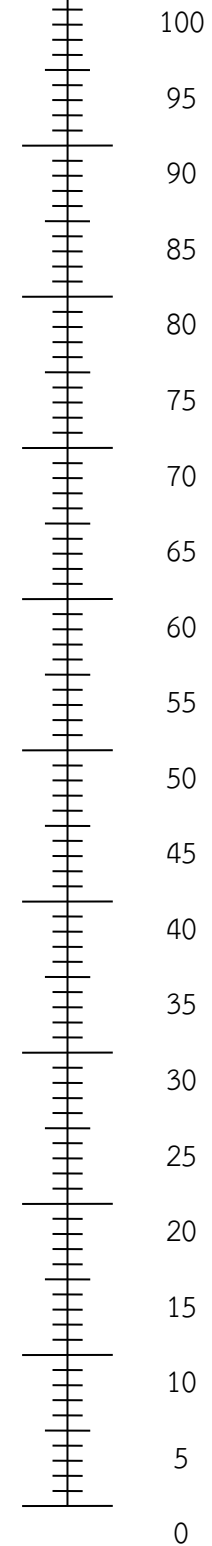
เลขที่แบบสอบถาม

สุขภาพดีที่สุดในความคิดของท่าน

Utility.....

สุขภาพของท่านในวันนี้ =

- เรายกทราบว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้.
- สเกลวัดสุขภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100.
- 100 หมายถึง สุขภาพดีที่สุดในความคิดของท่าน.
0 หมายถึง สุขภาพแย่ที่สุดในความคิดของท่าน.
- ทำเครื่องหมาย X บนสเกลเพื่อระบุว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้.
- ตอนนี้ กรุณาใส่ตัวเลขที่คุณได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลในช่องสี่เหลี่ยมด้านล่างนี้.



สุขภาพแย่ที่สุด

ตามความคิดของท่าน



เลขที่แบบสอบถาม 000

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

คำชี้แจง : ขอให้ท่านให้คะแนนความคิดเห็นของท่านต่อการให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูฯ สมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล โดยคะแนนความคิดเห็นจะเรียงตั้งแต่ (1) ไม่เห็นด้วยมากที่สุด (2) ไม่เห็นด้วย (3) เฉยๆ หรือทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย (4) เห็นด้วย (5) เห็นด้วยมากที่สุด และ (8) ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่มีความคิดเห็นต่อประเด็นนี้

คำถาม	(1) ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด	(2) ไม่ เห็น ด้วย	(3) เฉยๆ	(4) เห็น ด้วย	(5) เห็นด้วย มากที่สุด	(8) ไม่ เกี่ยวข้อง	CODE
1) การให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้ให้บริการ ให้บริการแก่ท่านด้วยความสุภาพและเป็นมิตร							SFC1[]
2) การให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นผู้ให้บริการโดยตรง มีความสุภาพและเป็นมิตรต่อท่าน							SFC2 []
3) ท่านได้รับความเป็นส่วนตัวระหว่างรับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ (เช่น การปิดม่านเมื่อทำการให้คำปรึกษา ฯ)							SFC3 []

เลขที่แบบสอบถาม

คำถาม	(1) ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด	(2) ไม่ เห็น ด้วย	(3) เฉยๆ	(4) เห็น ด้วย	(5) เห็นด้วย มากที่สุด	(8) ไม่ เกี่ยวข้อง	CODE
4) ท่านมารอที่โรงพยาบาลเป็น เวลานานก่อนที่จะได้รับการให้ คำปรึกษา							SFC4 []
5) ผู้ให้คำปรึกษาฯ แก่ท่าน มีความรู้ ความสามารถในการให้คำปรึกษาฯ เป็นอย่างดี							SFC5 []
6) ผู้ให้คำปรึกษาฯ เข้าใจปัญหา สุขภาพของท่านเป็นอย่างดี							SFC6 []
7) ผู้ให้คำปรึกษาฯ ใช้เวลาในการให้ คำปรึกษาฯ แก่ท่านอย่างเต็มที่							SFC7 []
8) การรับบริการการให้คำปรึกษา เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ จนท่านเข้าใจดี							SFC8 []
9) การรับบริการการให้คำปรึกษา เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้ให้คำปรึกษาบอกผลที่จะได้จากการ บริการ จนท่านเข้าใจดี							SFC9 []
10) ท่านไม่มั่นใจในคุณภาพการให้ คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการที่เคยได้รับ							SFC10 []

เลขที่แบบสอบถาม

คำถาม	(1) ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด	(2) ไม่ เห็น ด้วย	(3) เฉยๆ	(4) เห็น ด้วย	(5) เห็นด้วย มากที่สุด	(8) ไม่ เกี่ยวข้อง	CODE
11) เมื่อท่านมาถึงแผนกหรือหน่วย บริการฟื้นฟูท่านได้รับการเอาใจใส่ อย่างเหมาะสม							SFC11 []
12) ท่านมีความยากลำบากในการ เดินทางไปใช้บริการให้คำปรึกษาเพื่อ การฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการที่ โรงพยาบาล							SFC12 []
13) สมมติว่าท่านจำเป็นต้องจ่าย ค่าบริการเพื่อรับบริการฟื้นฟูเอง ท่าน ยินดีจ่ายค่าบริการดังกล่าว							SFC13 []
14) ท่านพอใจต่อการรับบริการการ ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการที่ได้รับ							SFC14 []
15) ท่านพอใจต่อการรับบริการการ ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการโดยรวมที่ท่าน ได้รับ							SFC15 []

แบบบันทึกข้อมูลผู้รับคำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

1. ชื่อ.....อายุ.....ปี เพศ.....ชาย/หญิง

H.N/AN.....OPD/IPD

Dx.....แพทย์.....วันที่ประเมิน.....

เบอร์โทรศัพท์.....Email/ID Line.....

ข้อมูลทั่วไป

.....

.....

.....

.....

2. การประเมิน (Assessment)

ระยะการปรับตัวทางจิตวิทยา/สังคม (Psychology/Social)	ก่อน			หลัง		
	1	2	3	1	2	3
☐ ระยะเวลาช็อก (Shock)						
☐ ระยะการตระหนักรู้ (Realization)						
☐ ระยะการป้องกันตนเอง (Defensive Retreat)						
☐ ระยะการรับรู้และเข้าใจความพิการ (Acknowledgement)						
☐ ระยะการปรับตัว (Adaptation)						
คะแนน						

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการศึกษา สังคม และอาชีพ	ก่อน			หลัง		
	0	1	2	0	1	2
☐ ด้านการศึกษา						
☐ ด้านสังคม						
☐ ด้านอาชีพ						
คะแนน						

3. แผนการให้บริการ (Planning)

1. ลักษณะของการให้คำปรึกษา ระยะเวลาชม. จำนวน ครั้ง
วันที่เริ่ม.....สิ้นสุด.....

☐ การให้คำปรึกษาแบบเดี่ยว (Individual Counseling) ☐ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling)

แผนการให้คำปรึกษา

.....

.....

.....

.....

การให้คำปรึกษา															
ว/ด/ป															
ครั้งที่															

ผลการให้คำปรึกษา ☐ มีการเปลี่ยนแปลง ☐ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ปัญหา / อุปสรรค

.....

.....

.....

ผู้ให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟู

หน่วยบริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

***หมายเหตุ: ระยะการปรับตัวทางจิตวิทยา/สังคม (Psychology / Social)**

1. ระยะช็อก (Shock)

ระดับ 1 มีความรู้สึกมึนตึ๊งไม่ต้องการรับทราบอะไรแต่ยังพุดคุยได้ดี

ระดับ 2 มีความรู้สึกมึนตึ๊งที่มีความวิตกกังวลและสับสนร่วมด้วย

ระดับ 3 มีความรู้สึกมึนตึ๊งที่มีความวิตกกังวลสับสนและความเครียดอย่างเห็นได้ชัด

2. ระยะการตระหนักรู้ (Realization)

ระดับ 1 เริ่มรับรู้ถึงความพิการที่เกิดขึ้น แต่พยายามไม่รับรู้ นิ่งเงียบ

ระดับ 2 เริ่มรับรู้ถึงความพิการ วิตกกังวล ภาวะทางอารมณ์แปรปรวน

ระดับ 3 เริ่มรับรู้ถึงความพิการ วิตกกังวล ฉุนเฉียว เกรี้ยวกราด ก้าวร้าว

3. ระยะการป้องกันตนเอง (Defensive Retreat)

ระดับ 1 มีการใช้กลไกทางจิตเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เช่น การปฏิเสธ

ระดับ 2 มีการใช้กลไกการป้องกันตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการพุดคุยเรื่องของความพิการ พุดจาเหมือนคนเพ้อเจ้อ บางรายอาจมีการพุดจาก้าวร้าว และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย

ระดับ 3 มีการใช้กลไกการป้องกันตนเองเพื่อ ลึกเลี่ยงการตอบคำถามและพุดคุยเรื่องของความพิการ มีภาวะความซึมเศร้า แยกตัว ที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง และคุณค่าในตัวเอง

4. ระยะการรับรู้และเข้าใจความพิการ (Acknowledgement)

ระดับ 1 ช่วงคาบเกี่ยวระยะ 3-4 เข้าใจถึงธรรมชาติและข้อจำกัดของความพิการในระดับความคิดเท่านั้น

ระดับ 2 เริ่มที่จะเข้าใจถึงธรรมชาติและข้อจำกัดที่เกิดจากความพิการมากขึ้น แต่ยังขาดเป้าหมาย แรงจูงใจ แรงกระตุ้น

ระดับ 3 เข้าใจถึงความพิการและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น มีคำถามและเริ่มต้นที่จะพยายามเรียนรู้กับข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

5. ระยะการปรับตัว (Adaptation)

ระดับ 1 เริ่มจัดการกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ ยอมรับข้อจำกัดของตน ต้องการเรียนรู้ที่จะพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ไม่ได้หมายถึงมีความยินดีที่จะยอมรับชีวิตที่หายไป หรือมีความสุขที่พิการ

ระดับ 2 มีความสามารถเข้าใจและพร้อมพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ แต่หมายถึงชีวิตของตน แต่ยังปฏิเสธที่จะยินดีข้อจำกัดที่จะยอมรับชีวิตที่หายไป หรือมีความสุขที่พิการ

ระดับ 3 สามารถพัฒนาศักยภาพของตัวเอง และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอย่างชัดเจน และหมายรวมถึงการเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตที่มีข้อจำกัดอย่างถาวร และใช้ส่วนที่เหลืออยู่อย่างดีที่สุด

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการศึกษา สังคม และอาชีพ

1. ด้านการศึกษา

ระดับ 0 อาจมาจากข้อจำกัดของคนพิการ เช่น อายุ ความพิการ ภูมิปัญญา สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย เศรษฐกิจครอบครัว ครอบครัวไม่มีเป้าหมายร่วมกับคนพิการ หรือกฎเกณฑ์ นโยบายของสถานศึกษา

ระดับ 1 อยู่ในระยะของการประสาน ดำเนินการ รอคอยประเมิน หรือทดสอบ ภาควิชาการศึกษาต่อไป

ระดับ 2 สามารถเข้าศึกษาได้ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้

2. ด้านสังคม

ระดับ 0 อาจมาจากข้อจำกัดของคนพิการ ระยะการปรับตัวทางจิตยังไม่สามารถยอมรับตัวเองได้ มีภาวะความพึงพิงสูง และ/หรือ คนพิการไม่มีเป้าหมายในการใช้ชีวิต และ/หรือ ครอบครัวไม่มีความเข้าใจ และการยอมรับ

ระดับ 1 สามารถพัฒนาศักยภาพของตัวเองได้ดี และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอย่างชัดเจนแต่มีข้อจำกัด เช่น อายุ ความพิการ ภูมิปัญญา สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย เศรษฐกิจครอบครัว ครอบครัวไม่มีเป้าหมายร่วมกับ คนพิการ

ระดับ 2 สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้

3. ด้านอาชีพ

ระดับ 0 ระยะการปรับตัวทางจิตยังไม่สามารถยอมรับตัวเองได้ มีภาวะความพึงพิงสูง อาจมาจากข้อจำกัดของคนพิการ เช่น อายุ ข้อจำกัดของความพิการ ภูมิปัญญา สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย เศรษฐกิจครอบครัว ครอบครัวไม่ให้การยอมรับตัวของคนพิการ คนพิการไม่มีเป้าหมายในการใช้ชีวิต หรือกฎเกณฑ์ นโยบายของสถานฟื้นฟูอาชีพ

ระดับ 1 อยู่ในระยะของการประสาน ดำเนินการ รอคอยประเมิน หรือทดสอบ ภาควิชาการศึกษาต่อไป หรือรอการอนุมัติเรื่องของทุน สถานที่

ระดับ 2 สามารถเลือกหรือได้ประกอบอาชีพได้ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้