การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย

Developing a proactive model for promoting the registration of persons with mobility disabilities through the participation of local agencies in Kantarawichai District.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

พิชญ์สิณี ศรีเตชะ[1]
Pichsinee Sritecha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและความต้องการจำเป็น เพื่อพัฒนารูปแบบพร้อมประเมินผลการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุกโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย ดำเนินการวิจัยตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) จำนวน 3 วงรอบ ร่วมกับภาคีเครือข่าย สาธารณสุข และหน่วยงานในพื้นที่

ผลการวิจัยพบว่า: 1) ผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น)Need Assessment): ในภาพรวมมีความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบฯ เชิงรุก อยู่ในระดับสูง)PNI_Modified = 0.51) โดยมีสภาพปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.02, S.D. = 0.60) และสภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.57, S.D. = 0.53) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดคือ ความสะดวกในการเดินทางไปรับใบรับรองแพทย์ ณ โรงพยาบาล (PNI_Modified = 0.67) รองลงมาคือ การมีทีมสัญจร (Mobile Unit) ลงประเมินความพิการถึงบ้าน (PNI_Modified = 0.64) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าข้อจำกัดที่ใหญ่ที่สุดคืออุปสรรคในการเข้าถึงการประเมินโดยแพทย์ในสถานพยาบาล 2) ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนฯ: วงรอบที่ 1: พบอุปสรรคสำคัญคือ อสม. มีภาระงานล้นมือและขาดเครื่องมือคัดกรองที่เป็นมาตรฐาน ทำให้ผู้พิการยังเข้าไม่ถึงระบบ ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองความพิการทางการเคลื่อนไหวให้เป็นมาตรฐาน กระชับ และเข้าใจง่ายขึ้นเพื่อลดภาระงาน วงรอบที่ 2: หลังนำเครื่องมือที่ปรับปรุงไปทดลองใช้ 3 เดือน พบว่าทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และได้รับการสะท้อนคิดให้ลดความซับซ้อน นำไปสู่การจัดทำ "รูปแบบการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service)" ที่เชื่อมโยงตั้งแต่การคัดกรองเชิงรุก การประสานออกใบรับรองแพทย์ และการประสานสิทธิประโยชน์เข้าไว้ในระบบเดียวกัน ในวงรอบที่ 3 3) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ: ในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.66, S.D. = 0.31) โดยข้อที่มีความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้พิการได้รับความสะดวกและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้รวดเร็วขึ้น ($\bar{X}$ = 4.82, S.D. = 0.39) ระบบทีมสัญจรช่วยลดภาระงานเจ้าหน้าที่ ($\bar{X}$ = 4.78, S.D. = 0.42) และรูปแบบนี้ช่วยให้ค้นหาพร้อมปักหมุดผู้พิการตกสำรวจได้อย่างทั่วถึง ($\bar{X}$ = 4.75, S.D. = 0.44) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว, การขึ้นทะเบียนผู้พิการ, การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

The objectives of this research were to study the baseline data and needs, and to develop for evaluate a proactive promotion model for mobility disability registration through area-level stakeholder participation in Kantharawichai District. The study was conducted utilizing (Participatory Action Research (PAR) methodology consisting of 3 cycles in collaboration with local networks, healthcare providers, and regional agencies.

The research findings are as follows: 1) Needs Assessment Results: Overall, the need for developing the proactive model was high (PNI_Modified = 0.51), with the current state rated at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.02, S.D. = 0.60) and the desirable state at the highest level ($\bar{X}$ = 4.57, S.D. = 0.53). When considering individual items, the highest need was the convenience of traveling to receive medical certificates at the

[1] นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

hospital (PNI_Modified = 0.67), followed by having a mobile unit to assess disability at home (PNI_Modified = 0.64). This reflects that the greatest barrier for people with mobility disabilities in the area is accessing medical assessments at healthcare facilities. 2) Development of the Promotion Model: Cycle 1: The major obstacles identified were that Village Health Volunteers (VHVs) were overburdened with work and lacked standardized screening tools, resulting in inaccessible services for people with disabilities. Consequently, the researcher developed and refined a standardized, concise, and easy-to-understand mobility disability screening tool to reduce workload. Cycle 2: After a 3-month trial of the revised tool, the proactive screening became more efficient. Stakeholders suggested reducing procedural complexity, leading to the finalization of the "One-Stop Service Model for Mobility Disability Registration." This model integrates proactive community screening, medical certificate coordination, and benefit processing into a single system in Cycle 3 3) Satisfaction Evaluation Results: Overall, satisfaction with the implemented model was at the highest level ($\bar{X}$ = 4.66, S.D. = 0.31). The top three items with the highest satisfaction scores were: faster access to benefits and convenience for people with disabilities ($\bar{X}$ = 4.82, S.D. = 0.39), the mobile unit system reducing frontline staff workload ($\bar{X}$ = 4.78, S.D. = 0.42), and the model's ability to thoroughly locate and map previously undetected people with disabilities ($\bar{X}$ = 4.75, S.D. = 0.44), respectively.

Keywords: Mobility Disability, Disability Registration, Participation

บทนำ

มนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งในการพัฒนาประเทศ การมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพย่อมส่งผลต่อความเจริญก้าวหน้าของประเทศ อย่างไรก็ตาม ในทุกสังคมยังคงมีกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา หรือ "คนพิการ" ซึ่งต้องเผชิญกับอุปสรรคและความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าบุคคลทั่วไป ในอดีตคนพิการมักถูกมองข้ามหรือมองว่าเป็นภาระ แต่ในปัจจุบันทัศนคติของสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปโดยเน้นการยอมรับคุณค่าความเป็นมนุษย์และสิทธิมนุษยชนอย่างเท่าเทียม ดังที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 27 และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ที่มุ่งขจัดอุปสรรคและสร้างความเป็นธรรมในสังคม[1]

จากสถิติของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสัดส่วนของคนพิการไม่ได้ลดลงตามการพัฒนาของประเทศ โดยประเภทความพิการที่พบมากที่สุดในประเทศไทยและในระดับพื้นที่ คือ "ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย" สำหรับจังหวัดมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2567 มีคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการจำนวน 30,772 คน (คิดเป็นร้อยละ 3.25 ของประชากรในจังหวัด) โดยเป็นผู้สูงอายุที่เป็นคนพิการถึงร้อยละ 56.66 และเมื่อจำแนกตามประเภทความพิการพบว่าเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวสูงที่สุด คือ ร้อยละ 47.29[2]

ในส่วนของอำเภอกันทรวิชัย จากข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2567 พบผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 417 คน อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลกันทรวิชัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีข้อจำกัดด้านบุคลากรแพทย์เฉพาะทาง การออกใบรับรองความพิการจึงทำได้จำกัดเฉพาะประเภทการเคลื่อนไหวและจิตใจ/พฤติกรรม ยิ่งไปกว่านั้น จากการถอดบทเรียนกระบวนการขึ้นทะเบียนผู้พิการแบบเดิม พบขั้นตอนที่ซับซ้อนและเป็นภาระอย่างมากต่อผู้พิการและครอบครัว เริ่มจากการที่ผู้พิการต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจประเมินจากแพทย์ จากนั้นต้องนำใบรับรองแพทย์ไปยื่นขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) มหาสารคาม และนำบัตรประจำตัวไปขึ้นทะเบียน

ขอรับเบี้ยความพิการรายเดือน (800 บาท) ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่[3]

ขั้นตอนที่ซับซ้อน ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ข้อจำกัดทางร่างกาย และความยากลำบากในการสัญจร ส่งผลให้เกิดภาวะ "ผู้พิการตกสำรวจ" หรือปัญหารับสิทธิ์ล่าช้า ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุก โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)[4] และเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและหน่วยงานระดับพื้นที่ในอำเภอกันทรวิชัย เพื่อขจัดอุปสรรค ยกระดับการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้พิการได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และความต้องการจำเป็นในการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)[4] ดำเนินการในพื้นที่ 10 ตำบล ของอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้:

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ความต้องการจำเป็นของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรคือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องรวม 2,259 คน ด้วยวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 341 คน (ผู้รับผิดชอบงาน NCD รพ.สต., อสม., บุคลากรโรงพยาบาล)

เครื่องมือและการวิเคราะห์: แบบสอบถามสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ (Rating Scale 5 ระดับ) วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (x), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (PNI_Modified = (I - D) / D)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ดำเนินงานตามวงรอบ Action Research (PAOR: Plan, Act, Observe, Reflect) จำนวน 3 วงรอบ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ: สนทนากลุ่มเฉพาะเจาะจง (Focus Group Discussion) จำนวน 15 คน (แพทย์, นักวิชาการสาธารณสุข, นักกายภาพบำบัด, ตัวแทน อปท., ผู้รับผิดชอบงาน NCD, ประธาน อสม.)

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 การประเมินผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

นำรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงสมบูรณ์ไปทดลองใช้จริงในพื้นที่

กลุ่มตัวอย่างประเมินความพึงพอใจ: ใช้การสุ่มแบบง่าย Stratified Random Sampling จำแนกสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 211 คน (ผู้รับผิดชอบงาน NCD รพ.สต. 33 คน และ อสม. 178 คน)

เครื่องมือและการวิเคราะห์: แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (x) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ความต้องการจำเป็นของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ผลการวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน สภาพที่พึงประสงค์และความต้องการจำเป็นของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอกันทรวิชัย ในภาพรวมมีค่าความต้องการจำเป็น (PNI_Modified) เท่ากับ 0.51 เมื่อพิจารณาสภาพปัจจุบันในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$ = 3.02, S.D. = 0.60) และสภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}$ = 4.57, S.D. = 0.53)

เมื่อพิจารณารายด้าน โดยเรียงลำดับความต้องการจำเป็นจากมากไปหาน้อยตามค่า PNI_Modified พบว่า ลำดับที่ 1 คือ ด้านการคัดกรองและการจัดทำฐานข้อมูลเชิงรุก PNI_Modified = 0.53) โดยมีสภาพปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$ = 2.98, S.D. = 0.56) และสภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}$ = 4.57, S.D. = 0.52) ลำดับที่ 2 คือ ด้านกระบวนการรับรองและการประสานงานสิทธิประโยชน์ (PNI_Modified) = 0.52) และลำดับสุดท้ายคือ ด้านการมีส่วนร่วมและบูรณาการของเครือข่ายระดับพื้นที่ (PNI_Modified) = 0.49)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

จากรูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวผู้วิจัยได้พัฒนาจากการประชุม สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 15 คน ได้แก่ แพทย์, นักวิชาการสาธารณสุข, นักกายภาพบำบัด, ตัวแทน อปท., ผู้รับผิดชอบงาน NCD และประธาน อสม. และนำรูปแบบไปทำลองใช้ทั้ง 3 วงรอบ และปรับปรุงพัฒนาระบบในวงรอบที่ 3 เป็นการยกระดับสู่ระบบ "บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service)" ที่สมบูรณ์ โดยเชื่อมโยง 3 ขั้นตอนหลักเข้าด้วยกัน คือ (1) การคัดกรองเชิงรุกในชุมชนผ่านดิจิทัลแพลตฟอร์ม (Google Form) โดย อสม. และ รพ.สต. (2) การตรวจประเมินเชิงรุกและการกลั่นกรองโดยนักกายภาพบำบัดร่วมกับทีม รพ.สต. และ (3) การจัดระบบ One Stop Service ณ สถานพยาบาล ที่รวมการออกใบรับรองแพทย์ การทำบัตรประจำตัวโดย พมจ. และการขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการโดยตัวแทน อปท. ไว้ ณ จุดเดียว ซึ่งช่วยลดระยะเวลาดำเนินการจากเดิม 1-3 วัน เหลือเพียง 45 นาที

ระยะที่ 3 การประเมินผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียน ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ความพึงพอใจต่อการใช้งานรูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียน ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.66, S.D. = 0.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกรายการ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้รับความสะดวกและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้รวดเร็วขึ้น ($\bar{X}$ = 4.82, S.D. = 0.39) ระบบทีมสัญจร)Mobile Unit) ช่วยลดภาระและแรงกดดันหน้างานของเจ้าหน้าที่ ($\bar{X}$ = 4.78, S.D. = 0.42) รูปแบบนี้ทำให้เกิดการค้นหาและปักหมุดผู้พิการตกสำรวจได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม ($\bar{X}$ = 4.75, S.D. = 0.44)

สรุปและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ความต้องการจำเป็นของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการจำเป็น การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้น

ทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอกันทรวิชัย พบว่า ลำดับที่ 1 คือ ด้านการคัดกรองและการจัดทำฐานข้อมูลเชิงรุก PNI_Modified = 0.53) โดยมีสภาพปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ = 2.98, S.D. = 0.56) และสภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{x}$ = 4.57, S.D. = 0.52) ลำดับที่ 2 คือ ด้านกระบวนการรับรองและการประสานงานสิทธิประโยชน์ (PNI_Modified) = 0.52) และลำดับสุดท้ายคือ ด้านการมีส่วนร่วมและบูรณาการของเครือข่ายระดับพื้นที่ (PNI_Modified) = 0.49) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานในปัจจุบันยังมีช่องว่าง (Gap) ที่ต้องได้รับการพัฒนาและยกระดับให้สอดคล้องกับสภาพที่พึงประสงค์ของพื้นที่ เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน เรียงลำดับจากค่าความต้องการจำเป็นจากมากไปหาน้อย สามารถนำมาอภิปรายเชิงวิชาการได้ดังนี้

1. ด้านการคัดกรองและการจัดทำฐานข้อมูลเชิงรุก (ลำดับที่ 1: PNI_Modified = 0.53) ผลการวิเคราะห์พบว่าด้านนี้มีความต้องการจำเป็นสูงสุด เนื่องจากในสภาพปัจจุบันการค้นหาและเข้าถึงตัวผู้พิการในชุมชนยังมีข้อจำกัด สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ของ Cohen & Uphoff[5] ที่เน้นย้ำว่าจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคือ "การค้นหาปัญหาและการเข้าถึงข้อมูลพื้นฐานที่ถูกต้อง" ในบริบทของอำเภอกันทรวิชัย ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งชนบท ประชาชนกลุ่มเปราะบางหรือผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจำนวนมากยังตกสำรวจหรือไม่สามารถเข้าถึงระบบการคัดกรองได้ด้วยตนเอง การที่ผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายสะท้อนว่ามีความต้องการจำเป็นสูงสุดในด้านการคัดกรองและการจัดทำฐานข้อมูลเชิงรุก จึงเป็นเครื่องยืนยันว่า การสร้างระบบฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและการค้นหาเชิงรุกผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรากฐานสำคัญสูงสุดที่ต้องเร่งดำเนินการเป็นอันดับแรก เพื่อไม่ให้ผู้พิการหลุดรอดจากสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับตามกฎหมาย

2. ด้านกระบวนการรับรองและการประสานงานสิทธิประโยชน์ (ลำดับที่ 2: PNI_Modified = 0.52) ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่ามีความต้องการจำเป็นในระดับสูงรองลงมา สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Accessibility to Health Services) ของ Penchansky & Thomas[6] ในมิติความสามารถในการเดินทางและการมารับบริการ (Accessibility) และสอดคล้องกับหลักความยุติธรรมในระบบสุขภาพ (Health Equity) ของ Whitehead[7] ที่ชี้ว่าอุปสรรคสำคัญที่ทำให้กลุ่มเปราะบางเสียสิทธิ์ คือ ความยุ่งยากซับซ้อนของขั้นตอนในสถานพยาบาลและระยะทางในการเดินทาง ในอดีตกระบวนการออกใบรับรองแพทย์และการประสานงานสิทธิประโยชน์ ณ โรงพยาบาลอำเภอกันทรวิชัย มีขั้นตอนที่แยกส่วนและสร้างภาระด้านการเดินทางให้แก่ผู้พิการและญาติ ค่าความต้องการจำเป็นที่สูงในด้านนี้จึงสะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับเปลี่ยนระบบบริการจากการตั้งรับ (Facility-based) มาสู่การพัฒนากลไกการออกใบรับรองแพทย์ที่รวดเร็วและการประสานสิทธิแบบไร้รอยต่อ

3. ด้านการมีส่วนร่วมและบูรณาการของเครือข่ายระดับพื้นที่ (ลำดับที่ 3: PNI_Modified = 0.49$)แม้ว่าด้านนี้จะมีค่าดัชนีความต้องการจำเป็นอยู่ในลำดับที่สาม แต่ยังมีค่า PNI_Modified อยู่ในเกณฑ์ที่สูง (0.49) ซึ่งแสดงว่าทุกภาคส่วนยังคงต้องการให้มีการบูรณาการทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) และทฤษฎีเครือข่ายความร่วมมือ (Network Governance) ที่ระบุว่าปัญหาความซับซ้อนระดับท้องถิ่นไม่สามารถแก้ได้ด้วยหน่วยงานสาธารณสุขเพียงลำพัง แต่ต้องอาศัยการประสานพลังความร่วมมือระหว่าง รพ.สต., โรงพยาบาลชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), ผู้นำชุมชน และ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณเชิงรุก เพื่อขับเคลื่อนการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันอย่างยั่งยืน[5]

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ผลการพัฒนารูปแบบฯ ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่าย 15 ท่าน และนำไปทดลองปฏิบัติการจนได้รูปแบบสมบูรณ์ในวงรอบที่ 3 เป็นระบบ "บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service)" สามารถอภิปรายผลเชิงวิชาการได้ดังนี้:

การบูรณาการกระบวนการและการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen-Centric & Service Integration):

การเชื่อมโยง 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การคัดกรองเชิงรุกด้วยดิจิทัลแพลตฟอร์ม (Google Form) การตรวจประเมินกลั่นกรองล่วงหน้าโดยนักกายภาพบำบัดร่วมกับ รพ.สต. และการจัดจุดบริการ One Stop Service ที่รวมแพทย์ พมจ. และ อปท. ไว้ในจุดเดียว สอดคล้องกับแนวคิดการบริการภาครัฐแบบเบ็ดเสร็จ (One-Stop Government) ของ Kubicek & Hagen[8] ที่เน้นการทลายการทำงานแบบแยกส่วน (Silos) ของหน่วยงานราชการ ช่วยลดขั้นตอนซ้ำซ้อน และสร้างกระบวนการส่งต่อข้อมูลแบบไร้รอยต่อ

ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเวลา (Lead Time Reduction & Efficiency):

การลดระยะเวลาดำเนินการจากเดิม 1–3 วัน เหลือเพียง 45 นาที เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์และลดต้นทุนแฝงของผู้รับบริการ (เช่น ค่าเดินทางและค่าเสียเวลาของญาติ) ส่งผลให้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้อย่างรวดเร็ว ทั่วถึง และเท่าเทียมตามหลักความยุติธรรมในระบบสุขภาพ (Health Equity)

การประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Dynamics):

ความสำเร็จของการพัฒนาระบบนี้เป็นผลจากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ[4] ทั้ง 3 วงรอบ ที่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานด่านหน้าและภาคีทุกระดับร่วมคิด ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนคิด (Reflect) จนเกิดตัวแบบนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่ตอบโจทย์บริบทจริงของพื้นที่ได้อย่างลงตัวและยั่งยืน

ระยะที่ 3 การประเมินผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียน ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานรูปแบบฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.66, S.D. = 0.31) และอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกรายการ โดยอันดับสูงที่สุด 3 อันดับแรก สามารถนำมาอภิปรายเชิงวิชาการได้ดังนี้:

1. ความสะดวกและการเข้าถึงสิทธิประโยชน์อย่างรวดเร็ว ($\bar{X}$ = 4.82): สอดคล้องกับแบบจำลองคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Model) ของ Parasuraman et al.[9] ในมิติความกระตือรือร้นพร้อมให้บริการ (Responsiveness) และทฤษฎีความคาดหวังและการรับรู้ (Expectancy-Disconfirmation Theory) ของ Oliver[10] ที่ชี้ว่าความพึงพอใจระดับสูงสุดเกิดขึ้นเมื่อผลลัพธ์การบริการจริงก้าวข้ามข้อจำกัดเดิม การปรับกระบวนการมาเป็นระบบ One Stop Service สามารถแก้ปัญหาอุปสรรคการเดินทางและการรอคอย ช่วยให้ผู้พิการและญาติได้รับการอนุมัติสิทธิ์อย่างรวดเร็วและตรงจุด

2. ระบบทีมสัญจร (Mobile Unit) ลดภาระงานด่านหน้า ($\bar{X}$ = 4.78): อภิปรายได้ด้วยทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg et al.[11] ในส่วนของ "ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors)" เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขการทำงาน การเปลี่ยนจากระบบตั้งรับมาเป็นการบูรณาการทำงานเชิงรุกร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และ อสม. ช่วยลดความซับซ้อนของขั้นตอนเอกสารและลด

แรงกดดันหน้างาน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงบวกและเกิดความพึงพอใจในกระบวนการทำงาน (Process Satisfaction)

3. การค้นหาและปักหมุดผู้พิการตกสำรวจอย่างครอบคลุม ($\bar{X}$ = 4.75): สะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ของการประยุกต์ใช้แนวคิดสารสนเทศชุมชน (Community Informatics) ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม[5] โดยการนำเครื่องมือคัดกรองดิจิทัลมาให้ อสม. ดำเนินการเชิงรุก ทำให้เกิดการใช้ "ทุนทางสังคม (Social Capital)" ในการค้นหา ปักหมุด พิกัด และทลายกำแพงการเข้าไม่ถึงบริการของกลุ่มเปราะบางได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ)Action Research) และรูปแบบ One Stop Service นี้ ไปเป็นต้นแบบในการศึกษาเพื่อส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการประเภทอื่น ๆ ในอำเภอกันทรวิชัย เช่น ผู้พิการทางการเห็น ทางการได้ยิน หรือทางสติปัญญา ซึ่งอาจมีเงื่อนไขและเครื่องมือคัดกรองที่แตกต่างกันออกไป

2. ควรมีการศึกษาและพัฒนาแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มจัดการฐานข้อมูลผู้พิการในระดับพื้นที่ ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลและคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลร่วมกันได้อย่างไร้รอยต่อระหว่างสาธารณสุข (.อปท) และ ท้องถิ่น (.รพ/.สต.รพ) เพื่อความยั่งยืนของระบบฐานข้อมูลในระยะยาว

3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (.พชอ)และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย ควรกำหนดนโยบายข้อตกลงความร่วมมือ)MOU) ร่วมกับโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อจัดทำตารางและแผนการออกหน่วยสัญจร)Mobile Unit) ประเมินความพิการถึงบ้านอย่างเป็นระบบ เพื่อแก้ปัญหาและอุปสรรคและความไม่สะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้พิการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2563). *คำอธิบายสรุปสาระสำคัญพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
2. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2567). *รายงานข้อมูลสถิติคนพิการประจำเดือน*. เข้าถึงได้จาก: https://ecard.dep.go.th/nep_all/file/Stat2567/Stat_May67_Ref_dopa.pdf
3. โรงพยาบาลกันทรวิชัย. (2568). ข้อมูลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว. โรงพยาบาลกันทรวิชัย.
4. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.
5. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development, 8*(3), 213–235.
6. Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care, 19*(2), 127–140.
7. Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services, 22*(3), 429–445.
8. Kubicek, H., & Hagen, M. (2000). *One-stop government in Europe: An overview*. In One-stop government: European perspectives (pp. 1-23). University of Bremen.
9. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing, 64*(1), 12–40.
10. Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research, 17*(4), 460–469.
11. Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work* (2nd ed.). John Wiley & Sons.