

รายงานการวิจัย

อุปสงค์ อุปทาน และรูปแบบกำลังคนทางเลือกเพื่อตอบสนอง การจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ



สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข



ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้และงานวิจัยอื่นๆ
ของ สวรส. และเครือข่ายได้ที่
คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส.
และองค์กรเครือข่าย
<http://kb.hsri.or.th>



รายงานการวิจัย

อุปสงค์ อุปทาน และรูปแบบกำลังคนทางเลือกเพื่อตอบสนอง การจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ



รายงานการวิจัย อุปสงค์ อุปทาน และรูปแบบกำลังคนทางเลือก เพื่อตอบสนองการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ

ISBN	978-616-11-3021-3
พิมพ์ครั้งที่ 1	สิงหาคม 2559
จำนวน	100 เล่ม
ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงวัชรวิภา วัชรไพญญ์
บรรณาธิการ	แพทย์หญิงโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ รองศาสตราจารย์ ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง
ศิลปกรรม	สุขสวัสดิ์ ตั้งวิรุฬห์
ประสานงานวิชาการ	อัปสร จินดาพงษ์ / แพรว เอี่ยมน้อย
พิสูจน์อักษร	วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน ธวัชรรัตน์ ศรีวิลาศ
ผู้จัดพิมพ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 4 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2832-9201 โทรสาร 0-2832-9201
พิมพ์ที่	บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) 376 ถนนชัยพฤกษ์ แขวงตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170 โทรศัพท์ 0-2422-9000 โทรสาร 0-2433-2742 E-mail : info@amarin.co.th Homepage : http://www.amarin.com

<http://www.hsri.or.th>

<http://www.healthyability.com>

<http://www.bluerollingdot.org>



ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส. และเครือข่ายได้ที่
คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส. และองค์กรเครือข่าย <http://kb.hsri.or.th>

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยการสนับสนุนและความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน บุคคลหลายท่าน และพื้นที่ทั้ง 9 จังหวัด คณะผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณแพทย์หญิง วัชรารัตน์ รุ่งไพบูลย์ นายแพทย์สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย คุณวรวิญญา เตียวกุลที่กรุณาให้โอกาสและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ แพทย์หญิงนิชรา เรืองดารกานนท์ ที่ให้คำปรึกษาอย่างดียิ่งและอนุเคราะห์เครื่องมือในการวิจัย ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล ที่ให้การสนับสนุนนักจิตวิทยาคลินิก นางสาวณิษกานต์ วรรณูปถัมภ์ นางสาวอัจฉิมา ศิริพิบูลย์ผล นางสาวปราณี ต๊ะวิไล นางสาวชนนิกานต์ แสงวณิชย์พงศ์ และนางสาวภูษณิศา ชัยวิรัตน์นุกูล ในการร่วมเป็นทีมวิจัยและทีมเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) และสำนักบริหารการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ (ศช.) ที่ให้ความร่วมมือและอนุเคราะห์บุคลากรในการให้ข้อมูล ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ และทีมนาทวิ จังหวัดสงขลา นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล และทีมลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ทีมยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ทีมแม่กา จังหวัดพะเยา ทีมบัวบาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทีมบ้านด่าน จังหวัดอุดรธานี ทีมตะพง จังหวัดระยอง ทีมบ้านแดง จังหวัดอุดรธานี ทีมลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช และทีมบางระกำ จังหวัดนครปฐม

ทางคณะผู้วิจัยต้องกราบขอบพระคุณบุคลากรวิชาชีพทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม บุคลากรสาธารณสุข สถานศึกษา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายต่างๆ ผู้ปกครองและเด็กๆ ทั้ง 9 พื้นที่ที่ให้ความร่วมมือ สละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูล และร่วมมือในกระบวนการวิจัยเป็นอย่างดี

คณะผู้วิจัย
กันยายน 2558

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทที่ 1 บทนำ	13
ความเป็นมาและความสำคัญของโครงการ	13
คำถามวิจัย	18
วัตถุประสงค์	18
กรอบแนวคิดในการศึกษา	19
ขอบเขตของการศึกษา	19
คำนิยามเฉพาะ	20
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	21
บทที่ 2 บรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
ส่วนที่ 1 ความพิการและความต้องการของเด็กพิการ	23
ออทิสติก (Autistic)	23
เกณฑ์การวินิจฉัย	24
ระบาดวิทยา	24
สาเหตุของโรค	25
การดูแลรักษา	25
บกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability)	26
เกณฑ์การวินิจฉัย	27
ระบาดวิทยา	27
สาเหตุ	29
การดูแลรักษา	29
ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disorders)	29
เกณฑ์การวินิจฉัย	30
ระบาดวิทยา	30
สาเหตุ	32
การดูแลรักษา	32
ความต้องการของเด็กพิการทั้ง 3 กลุ่ม	32

ส่วนที่ 2 สถานการณ์กำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ	33
สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย	34
การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	34
สถานการณ์กำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในปัจจุบัน	36
ปัญหาด้านกำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ	37
การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ	38
ส่วนที่ 3 ระบบการดูแลสุขภาพเด็กพิการ	38
เด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการการศึกษาพิเศษ	39
ระบบการดูแลเด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ	40
ระบบดูแลของสาธารณสุขและครอบครัว	41
Medical Home	41
Family - Centered Care : FCC	42
Care Coordination	42
การประเมินคุณภาพบริการสำหรับเด็กที่มีความต้องการการดูแลพิเศษ	43
ระบบการดูแลด้านการศึกษา	44
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย	49
โครงการที่ 1	50
วิธีการดำเนินงาน	50
วิธีการสุ่มตัวอย่าง	51
ขนาดตัวอย่าง	52
การประมาณค่าจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศ	56
การวิเคราะห์ข้อมูลตัวอย่าง 9 จังหวัด	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
โครงการที่ 2	59
วิธีการดำเนินงาน	59

โครงการที่ 3	62
วิธีการดำเนินงาน	62
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	65
บทที่ 4 ผลการศึกษา	67
โครงการที่ 1	67
ผลการวิจัยเกี่ยวกับความพิการที่ตรวจพบ	68
จากจังหวัดตัวอย่าง 9 จังหวัด	
ค่าประมาณจำนวนเด็กไทยฯ ที่มีความพิการทั่วประเทศ	80
(ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)	
ผลการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างค่าประมาณจำนวนเด็กพิการ	86
กับจำนวนเด็กพิการในพื้นที่ตรวจอย่างของฐานข้อมูลเด็กพิการ	
ของ 3 หน่วยงานคือ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต	
คนพิการ (พก.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	
และกระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.)	
โครงการที่ 2	89
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	89
โครงการที่ 3	98
บริบทชีวิต ปัญหา และความต้องการของเด็กพิการ	98
ปัญหาของเด็ก	98
ครอบครัวของเด็ก	99
บทที่ 5 บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ	109
สถานการณ์/ปัญหาความต้องการของเด็กพิการ	109
ความสามารถในการให้บริการและสถานการณ์กำลังคนด้านวิชาชีพ	112
ที่จำเป็นต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ	

ระบบการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการและรูปแบบกำลังคน ทางเลือกในระดับพื้นที่	117
ข้อจำกัดผลการวิจัย	120
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการจัดบริการภาครัฐสำหรับเด็กพิการ	121
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนากำลังคนการจัดบริการฟื้นฟู สมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ	122

เอกสารอ้างอิง	124
----------------------	------------

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 2.1 ระบบการดูแลเด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ	40
รูปที่ 2.2 รูปแบบการดูแลเด็กพิเศษที่เชื่อมโยงการทำงานโรงพยาบาลไปถึงการดูแลของผู้ปกครอง	41
รูปที่ 4.1.1.1 ร้อยละของเด็กไทยในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และที่ต้องการขั้นต่ำ จำแนกตามภาค	70
รูปที่ 4.1.1.2 ร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย เป็นรายภาค จำแนกตามเพศ	70
รูปที่ 4.1.1.3 ร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย เป็นรายภาค จำแนกตามกลุ่มอายุ	71
รูปที่ 4.1.1.4 ร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย เป็นรายภาค จำแนกตามระดับชั้นเรียน	71
รูปที่ 4.1.2.1 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี จำแนกตามผลวินิจฉัย	73
รูปที่ 4.1.2.2 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี จำแนกตามประเภทความพิการ	73
รูปที่ 4.1.2.3 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี จำแนกตามลักษณะปัญหาที่พบ (แต่ไม่ใช่ความพิการ)	74
รูปที่ 4.1.2.4 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายภาค จำแนกตามผลการตรวจวินิจฉัย	75
รูปที่ 4.1.2.5 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายภาค จำแนกตามประเภทความพิการ	76
รูปที่ 4.1.2.6 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายเพศ จำแนกตามผลการตรวจวินิจฉัย	76
รูปที่ 4.1.2.7 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายเพศ จำแนกตามประเภทความพิการ	77
รูปที่ 4.1.2.8 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายกลุ่มอายุ จำแนกตามผลการตรวจวินิจฉัย	78
รูปที่ 4.1.2.9 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายกลุ่มอายุ จำแนกตามประเภทความพิการ	78

รูปที่ 4.1.2.10	จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายระดับชั้นเรียน จำแนกตามผลการตรวจวินิจฉัย	79
รูปที่ 4.1.2.11	จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายระดับชั้นเรียน จำแนกตามประเภทความพิการ	79
รูปที่ 4.6.1	สัดส่วนบุคลากรวิชาชีพแต่ละสถานปฏิบัติงานหลัก	92
รูปที่ 4.6.2	อายุการทำงาน (ปี)	92
รูปที่ 4.11.1	ค่าเฉลี่ยประเมินภาพรวมทุกวิชาชีพ	97

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 3.1	แสดงการคำนวณค่า $\sum_{i=1}^6 W_i P_i (1 - P_i)$	53
ตารางที่ 3.2	ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำแต่ละภาค	54
ตารางที่ 3.3	จำนวนจังหวัดตัวอย่าง	55
ตารางที่ 3.4	จังหวัดที่ตกเป็นตัวอย่างรายภาค	55
ตารางที่ 3.5	สรุปภาพรวมกิจกรรมของโครงการที่สาม	63
ตารางที่ 3.6	ร้อยละของเด็กที่ผิดปกติและได้รับการเยี่ยมบ้าน	64
ตารางที่ 4.1.1	ร้อยละขนาดตัวอย่างที่ตรวจวินิจฉัยเทียบกับขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ จำแนกตามภาคและภาพรวม	69
ตารางที่ 4.1.1.1	จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเป็นรายภาค จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และระดับชั้นเรียน	72
ตารางที่ 4.2.1	ข้อมูลที่ใช้ในการประมาณค่าจำนวนเด็กพิการ สำหรับเด็กไทย ช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี	81
ตารางที่ 4.2.2	ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรายภาคและทั้งประเทศ แยกประเภท ความพิการ สำหรับเด็กไทยอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี	82
ตารางที่ 4.2.3	ข้อมูลที่ใช้ในการประมาณค่าจำนวนเด็กพิการ สำหรับเด็กไทย ช่วงอายุ 6 ปีถึง 12 ปี	83
ตารางที่ 4.2.4	ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรายภาคและทั้งประเทศ แยกประเภทความพิการ สำหรับเด็กไทยอายุ 6 ปีถึง 12 ปี	84
ตารางที่ 4.2.5	ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรายภาคและทั้งประเทศ แยกประเภทความพิการ สำหรับเด็กไทยอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี	85
ตารางที่ 4.3.1	จำนวนเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายแหล่งข้อมูล จำแนกตามประเภทความพิการ	87
ตารางที่ 4.3.2	ร้อยละเด็กพิการ รายแหล่งข้อมูล จำแนกตามประเภทความพิการ (ร้อยละเทียบเด็กพิการทั้งหมด)	88
ตารางที่ 4.4	อัตราการตอบกลับ	89
ตารางที่ 4.5	จำนวนคน จำแนกตามภาคการปฏิบัติงานและประเภทบุคลากร แยกตามรายภาค	90

	หน้า
ตารางที่ 4.6	ข้อมูลส่วนบุคคล 91
ตารางที่ 4.7	สัดส่วนจำนวนหน่วยงานที่บุคลากรทำงาน 93
ตารางที่ 4.8	การได้รับโอกาสในความก้าวหน้าทางวิชาชีพในสถานปฏิบัติงานปัจจุบัน 94
ตารางที่ 4.9	จำนวนชั่วโมงการทำงานในการบำบัด/ฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ 95
ตารางที่ 4.10	เวลาในการตรวจ/ฝึกกระตุ้น/บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการหนึ่งราย (นาที่ต่อรายต่อครั้ง) 95
ตารางที่ 4.11	จำนวนวันที่เป็นระยะห่างการนัดติดตามดูแล/ฝึกในครั้งต่อไป (วัน) 96
ตารางที่ 4.12	สัดส่วนการเยี่ยมบ้านของเด็กที่พบความผิดปกติ 98
ตารางที่ 4.13	ผลการวินิจฉัย 99
ตารางที่ 4.14	ครอบครัวและชีวิตความเป็นอยู่ของเด็กที่ถูกวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติ 100
ตารางที่ 4.15	ระดับปัญหาและระดับต้นทุนครอบครัว 102
ตารางที่ 4.16	กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา 102
ตารางที่ 4.17	กรณีศึกษาจังหวัดลพบุรี 104
ตารางที่ 4.18	กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา 105
ตารางที่ 4.19	กรณีศึกษาจังหวัดกาฬสินธุ์ 106

บทที่ I

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของโครงการ

ประเทศไทยจะต้องขับเคลื่อนประเทศเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย Millennium Development Goals (MDG) ในปี ค.ศ. 2015 ตามข้อตกลงร่วมกันของสมาชิกสหประชาชาติ ซึ่งการส่งเสริมให้คนพิการโดยเฉพาะกลุ่มเด็กพิการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นความสำคัญและจำเป็นประการหนึ่ง ความพิการเป็นปัญหาที่ยืดเยื้ออยู่กับความยากจนทั้งในแง่เหตุและผล เด็กพิการเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเข้าสู่ระบบการศึกษาต่ำ โดยในรายงานของ MDG Report ปี ค.ศ. 2010 ได้ย้ำว่ากลุ่มเด็กพิการยังคงถูกจำกัดโอกาสและสิทธิในหลายๆ ด้าน⁽¹⁾ สำหรับสังคมไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า จำนวนเด็กพิการที่มีการรายงานน้อยกว่าจำนวนที่แท้จริง นอกจากนี้การจำแนกประเภท คุณภาพบริการ และการเข้าถึงบริการ ยังพบว่าเป็นปัญหา โดยเฉพาะเด็กพิการที่เป็นความบกพร่องทางสติปัญญา⁽²⁾

ประเทศไทยมีเงื่อนไขทางนโยบายหลายประการที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การเข้าร่วมยืนสัตยาบันสาร “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ” ขององค์การสหประชาชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ที่เรียกร้องให้รัฐสมาชิกมีหน้าที่ต้องสร้าง ขยาย และทำให้ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการโดยเฉพาะในชนบทและกลุ่มเด็กพิการเกิดความเข้มแข็งและเข้าถึงได้ดี หรือการมีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ตามมาตรา 20 ที่กำหนดไว้ว่า “คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์สวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐโดยเฉพาะ

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น” ก็ได้ แต่ในทางปฏิบัติ สถานการณ์การเข้าถึงความช่วยเหลือและคุณภาพการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการยังเผชิญกับข้อจำกัดอีกมาก

สถานการณ์ความช่วยเหลือสำหรับคนพิการของประเทศไทยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ยังเป็นงบประมาณสนับสนุนหรือเป็นกองทุนที่ไม่มีอย่างต่อเนื่อง บริการที่จัดให้ขึ้นกับแต่ละหน่วยบริการจะพัฒนาขึ้นเองโดยขาดทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ ผู้พิการที่แท้จริงส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงความช่วยเหลือการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของรัฐ ที่ส่วนใหญ่ขึ้นกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก นอกจากนี้การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพยังต้องเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่เป็นวิชาชีพเฉพาะ ทั้งในภาพรวมของประเทศและปัญหาการกระจายบุคลากรไปสู่ชนบทหรือจังหวัดขนาดเล็ก ขณะที่บุคลากรหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยังมีความไม่พร้อมในความรู้และความชำนาญในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการโดยเฉพาะเด็ก รวมทั้งมีการพบว่าระบบฐานข้อมูลคนพิการที่มีอยู่ในหน่วยงานยังขาดประสิทธิภาพและไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนานโยบายได้จริง

นอกจากนี้ การขับเคลื่อนประเด็นผู้พิการผ่านกลไกอื่นๆ เช่น มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ⁽³⁾ ก็พบว่าล่าช้าและมีอุปสรรค เพราะแม้คณะกรรมการสุขภาพคนพิการจะมีมติอย่างต่อเนื่อง แต่การดำเนินการเป็นไปได้ช้า เนื่องจากต้องอาศัยกลไกภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ขาดกลไกคู่ขนานที่อยู่ในนอกระบบรัฐ หรือกลไกของรัฐท้องถิ่นที่เข้มแข็งเพียงพอ รวมทั้งมีปัญหาการประสานข้ามหน่วยงาน การเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมยังเป็นไปได้เฉพาะบางจังหวัดที่มีความพร้อมหรือมีบุคคลจากเฉพาะบางภาคส่วนที่เอาใจจริงเอาใจ

มีการคาดการณ์ว่า จำนวนคนพิการในประเทศไทยจะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคตเฉลี่ยปีละ 13,000 คน⁽⁴⁾ โดยจะเป็นผลมาจากการมีผู้พิการทางกายที่มาจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางประเภทที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการรณรงค์จดทะเบียนผู้พิการและการขยายนิยามความพิการให้ครอบคลุมโรคต่างๆ มากขึ้น ข้อมูลของ สปสช. พบว่าการเข้าถึงบริการของคนพิการยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะคนพิการทางสติปัญญาที่พบมีปัญหการเข้าถึงบริการมากที่สุด^{(5),(6)} สอดคล้องกับข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 จำนวนเด็กที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพได้จริงเฉพาะกลุ่มพิการทางสติปัญญามีเพียง 45,741 ราย (หรือ 42.5% ของเด็กพิการด้านสติปัญญาที่ลงทะเบียนทั้งหมด) และกลุ่มเด็กพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมมีเพียง 50,864 ราย (หรือ 58.8% ของเด็กพิการด้านจิตใจและพฤติกรรมที่ลงทะเบียนการเป็นคนพิการ ท.74 ของบริการสาธารณสุขทั้งหมด⁽⁷⁾)



จึงอนุมานได้ว่า ยังมีเด็กพิการอีกนับแสนคนที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพตามกระบวนการทางการแพทย์ตามสิทธิ

การเข้าไม่ถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการทั้งสองกลุ่มข้างต้น ในระยะต้นๆ ของชีวิตจะส่งผลกระทบต่อความพิการต่อเนื่องระยะยาว เช่น สมอที่ไม่พัฒนาเต็มที่ส่งผลต่อทักษะการเรียนรู้หรือพฤติกรรมไม่สมวัย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่พร้อมเรียนรู้ทำให้เข้าสู่ระบบการศึกษาเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ เด็กพิการโดยเฉพาะกลุ่มเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญาหรือออทิสติกยังมักถูกปฏิเสธการเข้าสู่ระบบการศึกษาปกติ โดยมีข้อมูลพบว่า มีเด็กพิการต่างๆ เหล่านี้เกือบ 50% ที่ยังไม่ได้รับการศึกษา⁽⁸⁾ ขณะที่โรงเรียนที่สามารถให้บริการฟื้นฟูการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กพิการยังมีจำนวนจำกัดถึงแม้กระทรวงศึกษาธิการจะประกาศว่า โรงเรียนทุกโรงเรียนต้องรับเด็กพิการ (education for all) แต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาอย่างมาก โรงเรียนการศึกษาพิเศษของรัฐไม่ครอบคลุมกลุ่มพิการด้านออทิสติก กลุ่มพิการทางการเรียนรู้ และกลุ่มพิการทางพฤติกรรมและอารมณ์ ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้ออกจากระบบการศึกษา ก่อนวัยอันควร ข้อมูลการสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เด็กพิการที่สามารถเข้าสู่ระบบการศึกษาได้จะได้เรียนแค่ระดับประถมศึกษา

สถานการณ์และปัญหาด้านกำลังคนและระบบบริการ การพัฒนากำลังคนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ในเอกสารรายงานความพิการของโลก (world report on disability) ได้ชี้ให้เห็นว่าอุปสรรคสำคัญของประเทศกำลังพัฒนาที่ไม่สามารถผลักดันกฎหมายหรือนโยบายด้านผู้พิการให้เกิดผลจริงได้ ก็คือการขาดบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน หรือการมีบุคลากรที่ไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพเมื่อเทียบกับปริมาณความต้องการในการรับบริการ และปัญหาที่เกิดจากระบบฐานข้อมูลสุขภาพและขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ^{(9),(10)} รูปแบบการจัดการเรื่องกำลังคนเพื่อให้เกิดการเพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการในต่างประเทศมีแนวโน้มที่จะมีการบริหารจัดการรูปแบบบริการที่มีหน่วยบริการนอกเหนือจากภาครัฐมากขึ้น^{(11),(12)} เช่น ตัวอย่างในสหราชอาณาจักรหรือประเทศมาเลเซียที่มีการตั้งมาตรฐานบริการและการวิจัยต้นทุนการจัดบริการ (unit cost) และเปิดกว้างให้กลุ่มคนหรือหน่วยงานเอกชนสามารถจัดบริการได้ โดยภาครัฐสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งและทำหน้าที่กำกับ ติดตาม ควบคุมมาตรฐานการให้บริการ หรือในสหรัฐอเมริกาที่เน้นการให้บริการแบบ home services program และการส่งเสริมพัฒนาผู้ปกครอง (parent training program) ให้สามารถดูแลหรือช่วยเหลือลูกที่มีความพิการได้ด้วยตนเอง ในขณะที่ภาครัฐหรือบุคลากรวิชาชีพสามารถมีเวลาในการดูแลกรณีเด็กพิการที่มีความพิการรุนแรง และพัฒนาสื่อเทคโนโลยีหรือเครื่องมือเพื่อช่วยผู้พิการได้มากยิ่งขึ้น⁽¹³⁾ ตัวอย่างประเทศที่จัดการบริการสำหรับคนพิการได้ดี เช่น ประเทศญี่ปุ่นเน้นการกระจายอำนาจไปสู่จังหวัด โดยมีกฎหมายกำหนดให้แต่ละจังหวัดมีหน้าที่ที่จะต้องจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สำหรับเด็กพิการอย่างครอบคลุมในทุกมิติคือ ทางกายภาพ การศึกษาและสังคม และเน้นการพัฒนาบุคลากรโดยเฉพาะบุคลากรครูอย่างต่อเนื่อง และกระจายการพัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมทุกจังหวัด รัฐสนับสนุนงบประมาณสำหรับเอกชนเฉพาะที่รัฐไม่สามารถจัดบริการได้เอง ซึ่งสำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและราชวิทยาลัยวิชาชีพพบว่า ประเทศไทยยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการที่อยู่ในความดูแลของรัฐอย่างชัดเจน ปัจจุบันยังไม่มีกำหนดมาตรฐานและปริมาณบุคลากรในภาพรวมของประเทศ

องค์การอนามัยโลกได้เสนอยุทธศาสตร์การฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน (Community-based Rehabilitation) เพื่อใช้กับประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนาที่มีข้อจำกัดเรื่องทรัพยากรด้านต่างๆ ซึ่งในปัจจุบันมีประเทศต่างๆ มากกว่า 90 ประเทศนำไปดำเนินการ โดยมีนโยบายผลักดันให้เกิดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนขึ้น เพื่อส่งเสริมการพิทักษ์สิทธิของผู้พิการและการเพิ่มการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้พิการทุกกลุ่ม อย่างไรก็ตาม ความเป็นที่ยอมรับว่าการจะเสริมระบบสาธารณสุขให้เข้มแข็งจะต้องมีนโยบายการพัฒนากำลังคน ที่เข้มแข็งและมีการติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาของประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนาซึ่งรวมถึงประเทศไทยคือ ด้านการบริหารจัดการกำลังคนและระบบฐานข้อมูลด้านกำลังคนที่ขาดประสิทธิภาพ องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำว่าการสร้างกำลังคนจำเป็นที่จะต้องพิจารณาและขับเคลื่อนทั้งด้านคน โครงสร้าง และการทำงานของภาคีเครือข่ายไปพร้อมๆ กัน

สำหรับประเทศไทย การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในภาพรวมของประเทศยังขึ้นอยู่กับหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลัก ถึงแม้จะมีการกระตุ้นให้ภาคสังคมและการศึกษาจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้พิการที่ดี ในหน่วยงานสาธารณสุขเองยังขาดการสร้างหน่วยงานที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หน่วยงานยังมีลักษณะการเลือกปฏิบัติ รูปแบบการจัดบริการในพื้นที่เน้นการให้บริการที่เบิกจ่ายได้สูง ถึงแม้การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเบิกจ่ายได้ แต่ด้วยต้นทุนการจัดบริการที่สูงแต่ได้รับผลตอบแทนจากรัฐน้อย และการให้ความสำคัญจากภาคนโยบายยังไม่ค่อยครอบคลุมกลุ่มเด็กพิการ

ในแง่รูปแบบการดำเนินงาน การใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนในปัจจุบัน ยังมีลักษณะเป็นการตั้งกองทุนฟื้นฟูผู้พิการในระดับจังหวัดที่เน้นให้เกิดการจดทะเบียนผู้พิการ แต่กระนั้นปัญหาในเชิงการปฏิบัติก็ยังมีอีกมาก โดยเฉพาะคนพิการบางประเภทก็ยังไม่สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้พิการได้จริง ซึ่งสาเหตุหนึ่งเกิดจากการขาดการวิเคราะห์ความต้องการการได้รับบริการที่บูรณาการมิติทางกายภาพ การศึกษาและสังคมรวมด้วยกัน นอกจากนี้ คนพิการในกลุ่มวัยเด็กยังเป็นกลุ่มที่ผู้ทำงานระดับปฏิบัติในทุกหน่วยงานยังมีความเข้าใจและทักษะในการดูแลน้อย^{(14),(15),(16)}



การที่ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศมีการนำกลไกทางการเงิน (ในรูปของกองทุนระดับต่างๆ) มาเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและการดูแลผู้พิการ แม้จะสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากมาย แต่หลักคิดที่ให้ความสำคัญกับค่าเงินและค่าตอบแทนกับการจัดบริการต่างๆ ก็มักมีผลให้หน่วยจัดบริการเน้นการให้บริการที่มีค่าตอบแทนกลับสูง โดยที่การจัดบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพมักจะได้รับ ความสำคัญน้อยเมื่อเทียบกับบริการการแพทย์อื่นๆ เนื่องจากถูกมองว่าต้องใช้เวลาการบริการนาน ใ้บุคลากรจำนวนมากต่อจำนวนผู้ป่วยและส่วนใหญ่เป็นบริการเรื้อรัง แต่สามารถเบิกจ่าย ค่าบริการทางการแพทย์ได้น้อยกว่า

ปัญหาช่องว่างของข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการจัดบริการในปัจจุบันยังมีอยู่ ไม่น้อย เช่น ข้อมูลหน่วยงานที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ครอบคลุม ปัจจุบันยังไม่มี การติดตามว่าเพิ่มขึ้นหรือไม่ ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการฟื้นฟู สมรรถภาพของเด็กพิการก็ขาดแคลน⁽²⁾ ผลจากการที่สถิติกลุ่มผู้พิการวัยอื่นๆ โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว^{(2),(17)} อาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มเด็กพิการที่มีความต้องการการฟื้นฟู สมรรถภาพอย่างต่อเนื่องและมีระยะเวลาจำกัด ความต้องการบริการเพื่อให้เกิดประสิทธิผล ในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เด็กกลุ่มนี้ยังได้รับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยลง เนื่องจาก บุคลากรมีอัตราการเพิ่มน้อยและต้องกระจายการบริการให้ผู้พิการและผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ มากขึ้น เมื่อเด็กพิการที่ควรจะได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ไม่ได้รับบริการที่ควรจะได้รับอาจส่งผล ต่อสังคมในภาพรวมในอนาคตระยะถัดไป เช่น ความยากจนจากภาระการดูแล ปัญหาคุณภาพ ประชากรที่ต่ำลงทั้งทางการศึกษาและอาชีพ ระดับสติปัญญาเด็กไทยในภาพรวมที่ลดต่ำลง จากกลุ่มที่มีความพิการและบกพร่องด้านนี้เพิ่มสูงขึ้น

การสำรวจการเข้าถึงการบริการของเด็กที่มีความต้องการพิเศษและเด็กออทิสติกใน อเมริกา^{(18),(19)} พบว่า 94% เด็กพิการมีความต้องการการบำบัดและการได้รับบริการสุขภาพ มากกว่าบริการสุขภาพปกติสำหรับเด็กทั่วไป คือ การปรับพฤติกรรม (behavioural modification intervention) การกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส (sensory integration therapy) การทำจิตบำบัด โดยการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (cognitive based therapy) การฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงเรียน (school-based occupational therapy/physical therapy) การฝึกทักษะทางสังคมที่โรงเรียน (school-based social skills training) การฝึกพูดหรือกระตุ้นภาษา (school-based speech or language therapy) และการบำบัดด้วยทางเลือกอื่นๆ โดยมีเด็กพิการมากกว่าครึ่งหนึ่ง ที่จำเป็นต้องได้รับยากลุ่มจิตเวชหรือยากลุ่มกันชัก เพื่อควบคุมพฤติกรรม อารมณ์ หรือสมาธิ ต่อเนื่อง^{(20),(21),(22)} ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทย ยังไม่มีรายงานการวิจัย เกี่ยวกับสถานการณ์การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของเด็กพิการ หรือรายงานเกี่ยวกับรูปแบบ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นและมีประสิทธิผล-ต้นทุนสูง(cost-effectiveness) ในการส่งเสริม

พัฒนาการของเด็กพิการที่จะนำไปใช้ได้ ในภาพรวมของประเทศ และสามารถดำเนินการได้อย่าง
ยั่งยืนในชุมชน⁽²³⁾

คำถามวิจัย

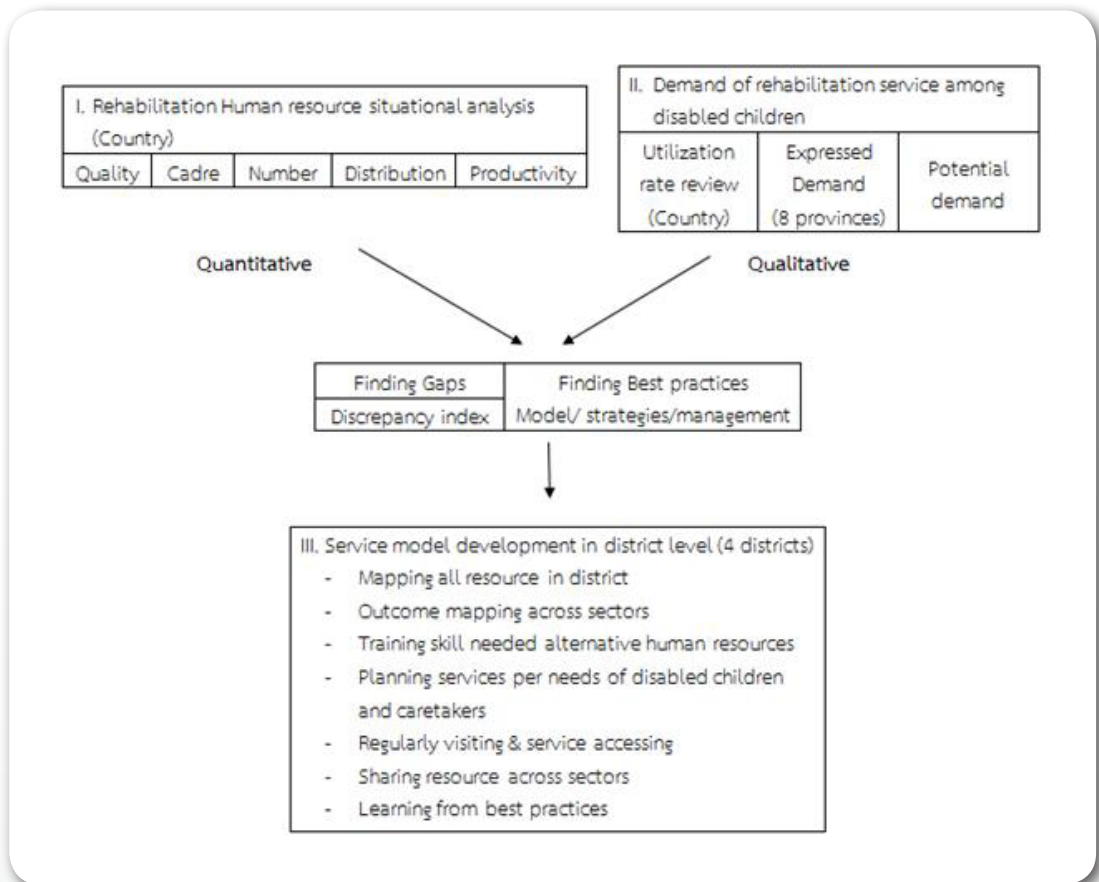
1. เพื่อศึกษาความต้องการต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม สุขภาพ และ
การศึกษาของเด็กพิการอายุ 2½ - 12 ปี ทั้งสถานการณ์ด้านจำนวน และลักษณะ
ความต้องการ
2. เพื่อศึกษาปริมาณการกระจายตัว ความสามารถในการให้บริการและสถานการณ์
กำลังคนที่ปฏิบัติงานจริงของกำลังคนด้านวิชาชีพที่จำเป็นต่อการจัดบริการฟื้นฟู
สมรรถภาพ สำหรับเด็กพิการทางสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก ในระดับประเทศ
และระดับพื้นที่
3. ศึกษากระบวนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการและรูปแบบกำลังคนในระดับ
อำเภอที่สามารถขับเคลื่อนได้จริงและบูรณาการระหว่างหน่วยงานได้ และพัฒนา
รูปแบบเพื่อขับเคลื่อนระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการในระดับ
อำเภอ โดยใช้รูปแบบกำลังคนทางเลือก และการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่าง
หน่วยงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กพิการอายุ 2½ - 12 ปี
ทั้งในด้านจำนวนและลักษณะความต้องการต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง
สังคม สุขภาพและการศึกษา
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันด้านกำลังคนและความต้องการในบริการฟื้นฟู
สมรรถภาพ สำหรับเด็กพิการ 2½ - 12 ปี
3. เพื่อศึกษารูปแบบกำลังคนทางเลือกในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ
สำหรับพื้นที่ขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพในระดับอำเภอ



กรอบแนวคิดในการศึกษา



ขอบเขตของการศึกษา

1. ครอบคลุมเด็กพิการอายุ 2½ - 12 ปีตามลักษณะความพิการทั้ง 7 ประเภท ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 กำหนดประเภทความพิการไว้ 7 ประเภท คือ 1. ความพิการทางการมองเห็น 2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5. ความพิการทางสติปัญญา 6. ความพิการทางการเรียนรู้ 7. ความพิการออกัสติก
2. ข้อมูลในการวิจัยศึกษาในภาพระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร

3. การศึกษารูปแบบวิจัยเชิงปริมาณกำลังคนด้านวิชาชีพ (professionals based) ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น แพทย์พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก นักกิจกรรมบำบัด และครูการศึกษาพิเศษที่เป็นวิชาชีพที่จำเป็นต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับกลุ่มเด็กพิการทางสติปัญญา กลุ่มเด็กพิการบกพร่องทางการเรียนรู้ และกลุ่มเด็กพิการทางออทิสติก เพื่อวิเคราะห์ปริมาณและการกระจายของกำลังคนด้านวิชาชีพในระดับประเทศ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และ/หรือ ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์
4. การศึกษารูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสถานการณ์กำลังคนที่ปฏิบัติงานจริงในปัจจุบันประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้ปกครองเด็กพิการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในด้านบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการในระดับอำเภอ โดยการเลือกพื้นที่แบบเจาะจง 4 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ ตามพื้นที่ของโครงการที่ 3 เพื่อวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับระบบกลไกการทำงานระหว่างหน่วยงาน/ทีมบุคลากรสาธารณสุข/ชุมชน แนวทางการทำงานกับภาคีเครือข่ายครอบครัวและชุมชน ความต้องการต่อการพัฒนาบุคลากร และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนากำลังคน

คำนิยามเฉพาะ

1. กำลังคนทางเลือก หมายถึง กำลังคนในระดับปฏิบัติการที่มีอยู่ในพื้นที่ทั้งรัฐ เอกชน ท้องถิ่น หรือกลุ่มผู้ปกครองที่มีความเข้มแข็งโดยไม่จำเป็นต้องเป็นบุคลากรวิชาชีพ เช่น ครูพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ อบต. เจ้าหน้าที่ พม. เจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ครูทั่วไปในโรงเรียนระบบปกติหรือ กศน. นักบำบัดต่างๆ ผู้ปกครองเด็กพิการ
2. ระบบการจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในการวิจัยนี้ หมายถึง การจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เน้นยุทธศาสตร์การทำงานแบบแนวนอน การมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่กระตุ้นให้เด็กสามารถเข้าถึงบริการตามวัย มีการส่งต่อและเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานและครอบคลุมความต้องการมิติสุขภาพ การศึกษาและสังคมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ บนพื้นฐานความเป็นไปได้ที่จะสามารถจัดการบริการให้เกิดอย่างยั่งยืนโดยไม่จำเป็นต้องมีบุคลากรวิชาชีพครบ
3. เด็กพิการ หมายถึง เด็กพิการทั้ง 7 ประเภทตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 กำหนดประเภทความพิการไว้ 7 ประเภท คือ 1. ความพิการทางการมองเห็น 2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือ



ทางร่างกาย 4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5. ความพิการทางสติปัญญา
6. ความพิการทางการเรียนรู้ 7. ความพิการออทิสติก

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

สถานการณ์ของเด็กพิการในประเทศไทยที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่หลากหลาย ข้อมูลการเข้าถึงบริการในระบบบริการสาธารณสุขและการศึกษาของกลุ่มเด็กพิการ ข้อมูลอัตราส่วนระหว่างสหสาขาวิชาชีพทั้งในระบบสาธารณสุขและการศึกษาต่อเด็กพิการ และรูปแบบการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความจำเป็น และมีต้นทุนประสิทธิผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการการเติบโตและการเรียนรู้ของเด็กพิการในพื้นที่นำร่อง

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความต้องการการจัดบริการสำหรับเด็กพิการ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กพิการด้านสติปัญญา ออทิสติก และการเรียนรู้ และปริมาณกำลังคนที่ปฏิบัติงานด้านการช่วยเหลือเด็กพิการ รวมถึงต้องการศึกษารูปแบบการจัดบริการสำหรับเด็กพิการในการพัฒนากำลังคนทางเลือกในพื้นที่นาร่อง การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยหัวข้อหลักดังนี้

ส่วนที่ 1 ความพิการ และความต้องการของเด็กพิการ : ด้านออทิสติก สติปัญญา และการเรียนรู้

ส่วนที่ 2 สถานการณ์กำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ส่วนที่ 3 ระบบการดูแลสุขภาพเด็กพิการ

ส่วนที่ 1 ความพิการและความต้องการของเด็กพิการ

ออทิสติก (Autistic)

Autistic spectrum disorder เป็นคำที่ครอบคลุม ออทิสซึม (Autism) Childhood disintegrative disorder (CDD) และ Asperger syndrome⁽¹⁰⁾ (World Health Organization, 2013) เป็นกลุ่มโรคที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง ทำให้มีความบกพร่องทางพัฒนาการหลายด้าน เช่น พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ขาดทักษะการเข้าสังคม มีพฤติกรรม ความสนใจและ

การกระทำซ้ำๆ และจำกัดไม่มีความยืดหยุ่น^{(24),(25),(26)} “Autism” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า “Auto” แปลว่า Self หมายถึง การแยกตัวอยู่ตามลำพังในโลกของตนเอง เปรียบเสมือนมีกำแพงใส่มากั้นคนเหล่านี้ออกจากสังคมรอบข้าง⁽²⁷⁾ เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติและความล่าช้าทางพัฒนาการด้านสังคม ด้านการสื่อความหมาย ภาษาและจินตนาการ ซึ่งมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางกายภาพ เนื่องจากมีหน้าที่ของสมองบางส่วนทำงานผิดปกติไป⁽²⁸⁾ เด็กออทิสติกจึงเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษาประเภทหนึ่ง⁽²⁹⁾

เกณฑ์การวินิจฉัย

การวินิจฉัยทางการแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก คือ ความผิดปกติของพัฒนาการเด็กที่เกิดตั้งแต่เด็ก ในส่วนที่เป็นพัฒนาการทางด้านสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีข้อจำกัดในการสื่อสาร การปรับตัว มีพฤติกรรมหรือความสนใจซ้ำๆ หรือจำกัด โดยอาการเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างตามพัฒนาการ อายุและระดับสติปัญญา⁽³⁰⁾

ระบาดวิทยา

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (centers for Disease Control and Prevention) ปี ค.ศ. 2010 ทำการศึกษาระบาดของออทิสติกสเปกตรัม (ASD) เด็กอายุ 8 ปี ใน 11 รัฐ รวมประชากรทั้งหมด 363,749 คน (คิดเป็นร้อยละ 9 ของเด็กอายุ 8 ปีทั้งหมดในสหรัฐอเมริกา) พบว่าเด็กที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกมีจำนวน 5,338 คน พบความชุก 14.7 ต่อ 1,000 (1 ใน 68) ปี ค.ศ. 2008 พบว่าเด็กที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกมีจำนวน 3,820 คน มีความชุกคือ 11.3 ต่อ 1,000 (1 ใน 88) ร้อยละ 30 สูงกว่าประมาณการปี ค.ศ. 2006 (1 ใน 110) ร้อยละ 60 และ สูงกว่าประมาณการในปี ค.ศ. 2000 และ ค.ศ. 2002 (1 ใน 150) ร้อยละ 120 เพศชายมากกว่าเพศหญิง เด็กผู้ชาย 42 คน เป็นออทิสติกสเปกตรัม 1 คน ในเด็กผู้หญิง 189 คน เป็นออทิสติกสเปกตรัม 1 คน^{(31),(32)}

ในปี ค.ศ. 2013 Blumberg และคณะ ทำการสำรวจความชุกของออทิสติกในเด็กอายุ 6 ถึง 17 ปี จำนวน 95,677 คน ในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011 - 2012 พบความชุกร้อยละ 2 (1 ใน 50)⁽³³⁾

สำหรับประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคออทิสติกในเด็ก อายุ 1 - 5 ปี จำนวน 31,411 คน พบว่ามีความชุกเท่ากับ 9.9 : 10,000 คน และมีความเสี่ยงต่อโรคออทิสติกจากการคัดกรอง 4.4 : 1,000 หรือ 1 : 227⁽³⁴⁾ จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ (อ้างในเอกสารประกอบการเตรียมการนำเสนอคณะรัฐมนตรี ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา วันที่ 31 พฤษภาคม 2553) มีประชากรกลุ่มออทิสติกประมาณ 6 ใน 1,000 หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 372,000 คน⁽³⁵⁾

วิรัชพัชร กิตติธระระพันธ์์ สำรวจความชุกของโรคออทิสติกของเด็กวัยเรียนกรณีศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ จำนวนเด็กที่ทำการศึกษ 13,663 คน ใช้เครื่องมือ Autism Diagnostic



Observation Schedule (ADOS) พบความชุก 80.5 ต่อ 10,000 คน (ใช้ค่า median of prevalence estimate of ASDs เท่ากับ 62 ต่อ 10,000 ซึ่งเป็นค่า global estimate)⁽³⁶⁾

เมื่อเทียบการศึกษาของปี พ.ศ. 2548 กับปี พ.ศ. 2556 จะพบว่าอัตราความชุกของเด็กออทิสติกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเทียบกับความชุกของไทยกับของสหรัฐอเมริกาจะพบว่า มีแนวโน้มเด็กออทิสติกของไทยมีอัตราความชุกน้อยกว่าสหรัฐอเมริกา

สาเหตุของโรค

สาเหตุของกลุ่มโรคออทิสติก คือ ความผิดปกติของสมองและระบบประสาทที่หลากหลาย มีความสัมพันธ์ทางพันธุกรรม มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นใน 50 - 200 เท่าในพื้นที่ของเด็กอทิสติก⁽²⁵⁾ แต่ไม่พบความผิดปกติที่จำเพาะ และไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของการเลี้ยงดูหรือบุคลิกภาพของพ่อแม่^{(37),(38),(39)}

การดูแลรักษา

เป้าหมายในการรักษาเด็กออทิสติก คือ การทำให้เด็กสามารถมีพัฒนาการทางสังคมและการสื่อสารที่ดีขึ้น ลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้ตามศักยภาพ และเพื่อให้พ่อแม่มีวิธีรับมือกับโรคของเด็กได้อย่างมั่นใจ โดยการรักษาจะต้องเริ่มตั้งแต่เด็กยังเล็ก และทำอย่างจริงจัง โดยอาศัยทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (Child and Adolescent Psychiatrist) นักจิตวิทยา (Psychologist) พยาบาลจิตเวชเด็ก (Child Psychiatric Nurse) นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายหรือนักแก้ไขคำพูด (Speech Therapist) นักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) ครูการศึกษาพิเศษ (Special Educator) นักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker) และที่สำคัญคือสมาชิกในครอบครัวของเด็กเองที่จะมีส่วนร่วมอย่างมากในการช่วยให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น^{(25),(27)} การรักษาประกอบด้วยการใช้ยาและการบำบัด ซึ่งการบำบัดมีหลายวิธีการ ดังนี้

1) Language intervention เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการทางภาษาและการสื่อสาร นักอรรถบำบัดจะเป็นผู้สอนเด็กตั้งแต่การเปล่งเสียงคำศัพท์ สร้างประโยคและใช้ประโยคอย่างเหมาะสม

2) Social competency intervention เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมทำให้เด็กสนใจในตัวคน ใช้ภาษาที่เหมาะสม สบตา ตระหนักรู้และเข้าใจทั้งอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น รวมถึงแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีเทคนิคมากมาย หนึ่งในเทคนิคที่จะช่วยพัฒนาอารมณ์และสังคมให้เหมาะสม คือ การกระตุ้นที่เรียกว่า floor time ซึ่งอาศัยหลักการของ The developmental, individual-difference, relationship-base model (DIR) ซึ่งเน้นถึงความแตกต่างของบุคคล และการสร้างสัมพันธ์ภาพอันเป็นส่วนสำคัญที่สุดในความบกพร่องของเด็กออทิสติก

3) Intervention for unwanted behaviour การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4) Education intervention การจัดการศึกษาให้เหมาะกับเด็ก โดยอาศัยการศึกษาพิเศษที่มีหลักสูตรเฉพาะต่อเด็กแต่ละคน

5) การช่วยเหลือพ่อแม่ เพื่อช่วยเหลือพ่อแม่ให้มีความสามารถในการกระตุ้น จัดการปัญหา และการประคับประคองจิตใจของพ่อแม่

การดูแลเด็กออทิสติกให้มีพัฒนาการดีขึ้นอย่างได้ผลต้องมาจากการใส่ใจดูแลของผู้ปกครองเป็นหลักสำคัญ หากจะให้ได้ผลดีที่สุดผู้ปกครองต้องเข้ามามีส่วนช่วยในการฝึกลูกอย่างมาก

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเพื่อหาวิธีการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติกดังนี้

อัญชรส ทองเพชร⁽⁴⁰⁾ ศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดต่ำกว่าก่อนบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วีรมล ไล่เจริญรัตน์⁽⁴¹⁾ ผลของการฝึกโปรแกรม Mind-Read ต่อการเข้าใจทรวงนะของบุคคลอื่นของเด็กออทิสติก ความสามารถโดยรวมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถสูงกว่าก่อนการเข้ารับการฝึกโปรแกรม Mind-Read อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความสามารถโดยรวมหลังการทดลองไม่แตกต่างจากค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในช่วงติดตามผล

โสธิดา ผูกสุวรรณ⁽⁴²⁾ ศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกหลังจากการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะทางสังคมโดยใช้เทคนิค Social Stories ร่วมกับภาพถ่ายและเพื่อศึกษาความคงทนของทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกหลังจากการใช้โปรแกรมในกลุ่มตัวอย่าง 3 คน มีการพัฒนาทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น และมีความสามารถในการเก็บรักษาสิ่งที่เรียนรู้ให้คงอยู่

Pamela และคณะ⁽⁴³⁾ ศึกษาเรื่องการทักษะการปรับตัวเข้าสังคมตั้งแต่เริ่มแรกในเด็กวัยหัดเดินที่เป็นออทิสติกเปกตรัม ไม่เกิน 3 ขวบ ผลการศึกษา พบว่า ความบกพร่องการเข้าสังคมของเด็กออทิสติกส่งผลกระทบต่อทักษะทางสังคมพื้นฐานในปีแรกของชีวิต

ความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability)

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) ประเทศไทยเรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า “เด็กปัญญาอ่อน” ซึ่งในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Education Mentally Retarded



หรือ Educationally Retarded หรือ Educationally Handicapped หรือ Mentally Handicapped” คำทั้งหมดนี้มีความหมายสื่อในแง่ลบ ในการรับรู้ของสังคมทั่วไป เด็กเหล่านี้ถูกตีตราตามไปกับคำนิยามด้วย⁽⁴⁴⁾

สมาคมว่าด้วยความบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการ (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities หรือ AAIDD) นิยามว่า “ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา” หมายถึง ภาวะที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันในปัจจุบัน มีระดับสติปัญญาที่ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย และมีปัญหาทักษะด้านการปรับตัว (Adaptive skill) อย่างน้อย 2 ด้าน ดังต่อไปนี้ การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง การใช้ชีวิตในบ้าน ทักษะทางสังคม การใช้สาธารณประโยชน์ การควบคุมตนเอง สุขภาพและความปลอดภัย ทักษะด้านวิชาการที่จำเป็น การใช้เวลาว่างหรือการพักผ่อน การทำงาน โดยเริ่มมีอาการก่อนอายุ 18 ปี^{(44),(25)}

เกณฑ์การวินิจฉัย

การพิจารณาภาวะบกพร่องทางสติปัญญา โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient, IQ) ดังนี้⁽³⁰⁾

Mild mental retardation	(ปัญญาอ่อนระดับเล็กน้อย)	IQ	50 - 69
Moderate mental retardation	(ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง)	IQ	35 - 49
Severe mental retardation	(ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง)	IQ	20 - 34
Profound mental retardation	(ปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก)	IQ	< 20

ระบาดวิทยา

มีการสำรวจและศึกษาวิจัยระดับสติปัญญาและพัฒนาการของเด็กไทยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2532 โดย Pollitt⁽⁴⁵⁾ ดำเนินการทดสอบระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย 8 - 10 ปี ที่กำลังเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 - 5 จำนวน 1,358 คน ในจังหวัดชลบุรี ด้วยแบบทดสอบ CPM พบคะแนน IQ เฉลี่ยเท่ากับ 91 ผลการศึกษานี้ยังถูกใช้อ้างอิงระดับสติปัญญาเฉลี่ยของไทยในการเทียบกับประเทศอื่นๆ อีกด้วย^{(46),(47)}

ในปี พ.ศ. 2539 - 2540 โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2⁽⁴⁸⁾ สำรวจระดับสติปัญญาของเด็กไทยทั่วประเทศ ในเด็กอายุระหว่าง 6 - 12 ปี จำนวน 3,846 คน ด้วยแบบทดสอบ Test of Nonverbal Intelligence Second Edition (TONI-2) พบว่าค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาโดยรวมเท่ากับ 92.0 โดยเด็กในกรุงเทพมหานครได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 96.5 ภาคเหนือมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 85.1 และเป็นภาคที่พบความชุกเด็กระดับสติปัญญาดำกว่า 70 สูงสุดร้อยละ 56.5

การศึกษาปัญหาการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาจำนวน 1,057 คน จากโรงเรียน 6 แห่ง ใช้แบบทดสอบ WISC-R พบความชุกเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 4.47⁽⁴⁹⁾

พ.ศ. 2547 ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ⁽⁵⁰⁾ สำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทย 1 - 18 ปี ด้วยแบบทดสอบ TONI-3 ผลการสำรวจ พบว่า เด็กวัยเรียนคะแนนสติปัญญาเฉลี่ย 88.1 กรุงเทพมหานครมีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ยสูงที่สุด 94.6 ภาคกลางคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 88.8 รองลงมาคือภาคใต้ 88.1 ตะวันออกเฉียงเหนือ 85.9 และภาคเหนือ 84.2 ส่วนกลุ่มอายุ 13 - 18 ปี วัยรุ่นคะแนนสติปัญญาเฉลี่ย 86.7 ภาคเหนือต่ำสุด 82.5

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552⁽⁵¹⁾ โดยสำรวจระดับสติปัญญาและความถนัดเด็กไทยวัยเรียน 6 - 14 ปี จำนวน 5,998 คน ด้วยแบบทดสอบ TONI-3 พบว่า มีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ย 91.4 ต่ำสุดคือภาคใต้ 88.4 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของเด็กในเขตเมืองและนอกเขตเมือง พบว่า เด็กในเขตเมืองมีแนวโน้มคะแนนสูงกว่าเด็กนอกเขตเมืองถึงเกือบ 5 คะแนน และพบแนวโน้มว่า เพศหญิงมีสติปัญญาสูงกว่าเพศชาย (92.1 และ 90.8)

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵²⁾ สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย 2554 ในเด็กอายุ 6 - 15 ปี จำนวน 72,780 คน ที่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 3 จาก 787 โรงเรียน ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) ผลการศึกษา พบกลุ่มที่มีปัญหา ระดับสติปัญญาบกพร่อง ($IQ < 70$) ร้อยละ 6.5 แบ่งความชุกเด็กที่มีระดับสติปัญญาบกพร่อง ตามรายภาค ได้ดังนี้

กรุงเทพมหานคร	ร้อยละ 2.3
ภาคกลาง	ร้อยละ 4.6
ภาคเหนือ	ร้อยละ 5.2
ภาคใต้	ร้อยละ 9.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ร้อยละ 8.6

Christianson และคณะ⁽⁵³⁾ สำรวจความชุกเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 2 - 9 ปี ที่อาศัยอยู่ใน 8 หมู่บ้าน เขตชนบทของแอฟริกาใต้ จำนวน 6,692 คน ความชุกของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง คือ 0.64 ต่อ 1,000 คน เด็กที่มีความบกพร่องระดับเล็กน้อย 29.1 ต่อ 1,000 คน อัตราส่วนของเด็กผู้ชายที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มากกว่าเพศหญิง 3 : 2



Xie และคณะ⁽⁵⁴⁾ สำรวจความชุกของความบกพร่องทางสติปัญญาในเด็กอายุ 6 - 10 ปี ในประเทศจีน จำนวน 60,124 คน เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญา มีจำนวน 560 คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.93 (1.33 ต่อ 1,000 คน) เป็นระดับเล็กน้อย (mild) 307 คน ระดับปานกลาง (moderate) 147 คน ระดับรุนแรง (severe) 67 คน และระดับรุนแรงมาก (extremely severe) 43 คน เด็กในเขตชนบท (1.03%) มีความชุกสูงกว่าเขตเมือง (0.83%)

David M. และคณะ⁽⁵⁵⁾ ศึกษาความชุกและลักษณะของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย (mild intellectual disability : MID) ในประเทศฝรั่งเศส กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15,000 คน พบความชุก 18 : 1,000 ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นภาวะบกพร่องทางสติปัญญา คือ เป็นเพศชาย เศรษฐฐานะต่ำ และคนในครอบครัวมีประวัติความบกพร่องทางสติปัญญา อาการทางคลินิกที่พบร่วมกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้บ่อย ได้แก่ 54% มีปัญหาภาษาพูดผิดปกติ 10% มีความบกพร่องทางพัฒนาการ มีเด็กเพียง 9% เท่านั้นที่ได้ผ่านการตรวจสอบทางพันธุกรรม

สาเหตุ

ไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้ มักเกิดจากหลายสาเหตุเป็นปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยทางชีววิทยา เริ่มตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด เป็นโรคทางพันธุกรรม การติดเชื้อ ใช้สารเสพติด ได้รับสารพิษ ประสบอุบัติเหตุต่างๆ และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการเลี้ยงดู ครอบครัวแตกแยก เด็กถูกทอดทิ้ง มีเศรษฐฐานะยากจน สภาวะแวดล้อมของเด็กไม่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ เป็นต้น^{(27),(44)}

การดูแลรักษา

นอกจากการรักษาด้วยยาจิตเวชแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือ behaviour modification ช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมและช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาได้ เพราะเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอาจมีอารมณ์รุนแรง นอกจากปรับพฤติกรรมแล้วควรมีการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับเด็ก อย่างเช่น การจัดห้องเรียนให้เหมาะสม การลดกฎเกณฑ์ลงเพื่อให้เด็กสามารถทำได้ เป็นการลดความรุนแรงทางอารมณ์ ที่สำคัญคือทำให้ความรู้แก่ผู้ปกครองหรือผู้ที่ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพื่อที่จะได้รับมือกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ของลูกอย่างถูกต้องเหมาะสม⁽²⁶⁾

ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disorders)

ความบกพร่องทางการเรียนรู้ เป็นความผิดปกติของระบบประสาทสมองส่วนกลางที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการอ่าน (Dyslexia) การเขียน (Dysgraphia) การเคลื่อนไหว (Dyskinesia) หรือความสามารถด้านการคำนวณทางคณิตศาสตร์ (Dyscalculia) ปัญหาด้านการจำชื่อเฉพาะ

(Dysnimia) และปัญหาด้านจังหวะ (Dysrhythmia) เด็กไม่เข้าใจจังหวะจึงไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายให้เข้ากับจังหวะได้ เป็นความผิดปกติเกิดเฉพาะบุคคล เด็กแต่ละคนมีความผิดปกติไม่เหมือนกันและรุนแรงต่างกัน จึงต้องการการดูแลที่แตกต่างกันเป็นรายบุคคล^{(30),(44)} ประเทศไทยระบุเป็นความพิการประเภทหนึ่ง ถูกละเลยเป็น “ความพิการทางการเรียนรู้” ส่วนใหญ่เรียกว่า “แอลดี”

เกณฑ์การวินิจฉัย

ใช้การวินิจฉัยว่าเป็น Learning Disorder ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ICD-10 คือ มีทักษะเฉพาะด้านที่ใช้ในการเรียน ด้านการอ่าน การเขียน หรือการคำนวณ ไม่เหมาะสมกับอายุจริง ระดับสติปัญญา และระดับการศึกษา โดยไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางร่างกายและระบบประสาท ความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน ความบกพร่องทางสติปัญญา หรือขาดโอกาสทางการศึกษา ส่งผลรบกวนต่อผลการศึกษาหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่ต้องอาศัยการอ่าน การเขียน หรือการคำนวณ^{(30),(56)}

ระบาดวิทยา

จากการสำรวจทางการศึกษาพบว่า เด็กในวัยเรียนร้อยละ 6 - 10 เป็นแอลดี และเด็กชายจะพบมากกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วน 4 : 1⁽⁵⁷⁾

กวี สุวรรณกิจ และคณะ⁽⁴⁹⁾ สำนวณนักเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 1,057 คน จากโรงเรียน 6 แห่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า เด็กมีปัญหาทางการศึกษาสูงถึงร้อยละ 21.76 โดยมีเด็กที่มีปัญหาของความบกพร่องในการเรียนรู้หรือแอลดี ประมาณร้อยละ 6.04

วิจิตร รุ่งไพบรวัลย์⁽⁵⁸⁾ ศึกษาความชุกและโรคบกพร่องในการอ่านหนังสือในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 โรงเรียนหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 486 คน พบว่า เด็กวัยประถมมีความชุกของโรคบกพร่องด้านการเรียน (Learning disorders) ร้อยละ 6.3

มนัส สูงประสิทธิ์ และขวัญเรือน วิสุทธิศิริ⁽⁵⁹⁾ ศึกษาความชุกของภาวะการอ่านผิดปกติของเยาวชนในสถานพินิจ ใช้แบบทดสอบชาวน์ปัญญา (WISC-III) และแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กลุ่มตัวอย่าง 62 คน พบความชุกภาวะบกพร่องด้านการอ่าน ร้อยละ 44.4 ภาวะบกพร่องด้านการสะกดคำ ร้อยละ 88.9

ปีการศึกษา 2550 - 2551 สพฐ. ดำเนินการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียน โดยใช้แบบคัดกรอง KSS-SI Rating Scales ในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ในโรงเรียนสังกัด จำนวนโรงเรียน 353 โรงเรียน พบความชุกของภาวะบกพร่องด้านการเรียนด้านการอ่านร้อยละ 7.1 ด้านการเขียน 6.6 และด้านการคำนวณ 6.8⁽⁶⁰⁾



นิรมล พัจนสุนทร และคณะ⁽⁶¹⁾ ศึกษาปัญหาการเรียนและพฤติกรรมในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัด พบว่า เด็กทั้งหมด 250 คน มีความชุกภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ร้อยละ 2.5 โรคสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางการเรียนรู้ร้อยละ 4.8

กรมสุขภาพจิต ดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลเด็กอายุ 6 - 12 ปี ที่มีปัญหาการเรียนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2556 พบว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 2,637 คน ได้รับการคัดกรองภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ เป็นเด็กกลุ่มเสี่ยง 897 คน คิดเป็นร้อยละ 34.02^{(62),(63)}

ในปี ค.ศ. 2010 สหรัฐอเมริกาได้ทำการสำรวจจำนวนนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ พบนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนของรัฐบาลมีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ 2.4 ล้านคน (ประมาณร้อยละ 5 ของการลงทะเบียนเรียนในโรงเรียนรัฐบาลทั้งหมด) ถูกระบุว่ามีความบกพร่องภายใต้กฎหมายว่าด้วยการศึกษาของผู้พิการ (Individuals with Disabilities Education Act - IDEA) จากการรายงานอุบัติการณ์ของผู้ปกครองคิดเป็นร้อยละ 2.2 (อายุ 6 - 11 ปี ร้อยละ 1.8 อายุ 12 - 17 ปี ร้อยละ 2.6) ซึ่งมีจำนวนและค่าร้อยละแตกต่างจากนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่สำรวจในโรงเรียนรัฐบาลทั้งหมด ซึ่งอาจเป็นผลจากผู้ปกครองหลายคนไม่ยอมรับว่าลูกของตนเองมีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้⁽⁶⁴⁾

ในปี ค.ศ. 2011 รัฐบาลอังกฤษได้รวบรวมข้อมูลของผู้ที่มาใช้บริการ (การศึกษาพิเศษหรือ special education needs: SEN) จำนวนประชากรอังกฤษมีทั้งหมด 1,190,000 คน คาดว่า จะมีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ในเด็กอายุ 0 - 17 ปี จำนวน 286,000 คน (เป็นเด็กผู้ชาย 180,000 คน เด็กผู้หญิง 106,000 คน) ซึ่งการรวบรวมของอังกฤษนั้นยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการพิเศษต่างๆ ตัวเลขนี้จึงเป็นตัวเลขที่เป็นแค่ค่าประมาณการเท่านั้น⁽⁶⁵⁾

Dhanda และ Jagawat⁽⁶⁶⁾ ศึกษาความชุกภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ในโรงเรียนประถมศึกษาขนาดกลางในแถบชนบทของซัยปุระ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 6 - 13 ปี จำนวน 1,156 คน ใช้แบบสอบถามคัดกรองให้ครูและเด็กตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ 148 คน คิดเป็นร้อยละ 12.8

จากการสำรวจภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีผู้ที่เก็บข้อมูลสถิติบอกสถานการณ์ความชุกหรืออุบัติการณ์ของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ได้อย่างแน่ชัดพอจะเห็นความชุกของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ว่าอยู่ประมาณร้อยละ 6 ซึ่งมีความชุกสูงกว่าเมื่อเทียบกับการสำรวจของต่างประเทศ (สหรัฐอเมริกา) ซึ่งเมื่อพิจารณาวิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือคัดกรองมีความแตกต่างกันกับของไทย ตัวผู้ให้ข้อมูล (ผู้ปกครองหรือตัวเด็กเอง) ทำให้ความชุกอยู่ในระดับต่ำ เพราะยังมีคนบางส่วนที่ไม่ยอมรับว่าลูกหรือตัวเองเป็นภาวะบกพร่อง

ทางการเรียนรู้ การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่จะศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร จึงยังไม่มีข้อมูลความชุกของประเทศไทย

สาเหตุ

โรคนี้เป็น neurobiological disorder ที่เกิดจากพันธุกรรม แต่กลไกสาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด ปัจจัยทางพันธุกรรมนั้น ร้อยละ 50 ของเด็กที่มีพ่อแม่เป็นโรคนี้ หากเด็กมีพี่น้องเป็นภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ เด็กก็มีความเสี่ยงที่จะเป็นภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ เด็กได้รับสารพิษ เช่น สารตะกั่วตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือเด็กได้รับอุบัติเหตุทางสมอง ทำให้สมองส่วนที่ควบคุมเรื่องภาษาได้รับบาดเจ็บ

การดูแลรักษา

เด็กแต่ละคนจะมีความบกพร่องทางการเรียนแตกต่างกัน จึงต้องให้การเรียนการสอนแบบเฉพาะเป็นรายบุคคล หรือการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program : IEP) เป็นการ จัดหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการและความสามารถของเด็กแต่ละคน หรืออาจจะเป็นกลุ่มย่อยก็ได้แต่ไม่ควรเกิน 3 คน หรือการสอนตัวต่อตัว⁽⁵⁷⁾ การให้คำปรึกษาเพื่อเป็นการประคับประคองทางด้านจิตใจช่วยในการลดปัญหาทางด้านอารมณ์ ให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลลูก ค้นหาจุดแข็งของเด็กเพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับเด็ก หากพบว่ามีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น โรคสมาธิสั้นก็ให้รักษาโรคร่วมไปด้วย

ความต้องการของเด็กพิการทั้ง 3 กลุ่ม

จากการสำรวจความชุกความพิการทั้ง 3 กลุ่ม คือ ออทิสติก ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา และภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ เป็นเด็กที่อยู่ในช่วงวัยเรียน สิ่งสำคัญสำหรับเด็กก็คือ “การศึกษาพิเศษ” โดยเฉพาะเด็กที่มีความพิการทางการเรียนรู้ (Learning disability) จากการสำรวจของประเทศแคนาดาในปี ค.ศ. 2001 พบว่าผู้ปกครองหรือผู้ดูแลของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ อายุ 6 - 14 ปี ต้องการบริการหรืออุปกรณ์การช่วยเหลือด้านการเรียน ได้แก่ 42.3% ต้องการครูสอนพิเศษ 24.7% ต้องการคอมพิวเตอร์ในการช่วยเรียนรู้ 14.6% ต้องการซอฟต์แวร์การสังเคราะห์เสียง 8.9% ต้องการหนังสือเสียง (talking books) และ 5.5% ต้องการเครื่องบันทึกเสียง⁽⁶⁷⁾ สถานการณ์ความชุกออทิสติก พบว่า มีผู้ปกครองบางส่วนยังไม่ยอมรับว่าลูกตัวเองเป็นออทิสติก การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักเป็นเรื่องสำคัญ จะช่วยให้เด็กได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง

การสำรวจของประเทศอังกฤษทำให้ทราบว่าระบบการบริการนั้นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการการให้การศึกษาพิเศษเพราะไม่รู้ว่ามียุทธการนี้อยู่ จึงไม่ได้ไปลงทะเบียนเพื่อใช้บริการ เด็กพิการทั้ง 3 กลุ่มนี้ต้องการการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์



หรือสาขาอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขคำพูด นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช นอกจากความต้องการระบบการดูแลแล้ว เรื่องของการถูกตีตราว่าเป็น “พิการ” หรือ “มีปัญหา” จากสังคมภายนอกเป็นปัญหากับเด็กกลุ่มนี้ ในการเข้าถึงระบบบริการในประเทศไทยเช่นกัน

การตีตรา หมายถึง “ภาวะที่บุคคลหรือกลุ่มชนในสังคมหนึ่งกำหนดว่าอะไรคือความแตกต่างของบุคคล ลักษณะของบุคคลที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ควรเป็นอย่างไร ลักษณะใดที่มีความแตกต่างไปจากที่คนส่วนใหญ่ประสงค์จะถือว่ามีค่ามีความเป็นเบบ ส่งผลให้บุคคลสูญเสียชื่อเสียง ไม่น่าไว้วางใจ หรือเกิดความอับอาย ตลอดจนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าตัวตนลดลง ในสายตาของสังคม บุคคลที่ได้รับตราบาปหรือถูกตีตราบาปจะเกิดความรู้สึกว่า “ตนมีความแตกต่างจากผู้อื่นอย่างที่ไม่พึงประสงค์” โดยคุณลักษณะที่จะถูกตีตราบาปดังกล่าวขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ส่งผลให้บุคคลเกิดการต่อต้านจากสังคม⁽⁶⁸⁾ การตีตราผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตทำให้เกิดความไม่สบายใจ และเป็นอุปสรรคต่อการรักษา ฟันฟูเนื่องจากมุมมองและการยอมรับของสังคม ทำให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตถูกลดคุณค่าลง เช่น ค่าจ้างน้อย มีโอกาสเข้าทำงานน้อย ถูกปฏิเสธจากหน่วยงานต่างๆ เป็นต้น องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญในการลดการตีตรา และมีหลายๆ กิจกรรมในการช่วยลดการตีตรา⁽⁶⁹⁾ การสื่อสารและให้ความรู้ความเข้าใจจะช่วยลดการตีตราจากสังคมสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ ซึ่งในผู้ใหญ่ การสื่อสารมีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้ความรู้ความเข้าใจ แต่ในเยาวชนการให้ความรู้ความเข้าใจ จะช่วยได้มากกว่า⁽⁷⁰⁾ การใช้สื่อในการลดการตีตรา พบว่า มีประสิทธิภาพในการลดทัศนคติได้⁽⁷¹⁾

ส่วนที่ 2 สถานการณ์กำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์กำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งสามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1. สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 1. ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 2. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ
3. สถานการณ์กำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในปัจจุบัน
4. ปัญหากำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ
5. การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550⁽⁷²⁾ ให้ความหมายของคนพิการว่า หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือ

จากการสำรวจสถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. 2557 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2557 ระบุว่ามีคนพิการทั่วประเทศรวม 1,728,218 ราย เสียชีวิตแล้ว 235,384 ราย คงเหลือคนพิการที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 1,492,834 ราย (73)

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽²⁾ พบว่า มีประชากรที่พิการประมาณ 1.5 ล้านคน หรือร้อยละ 2.2

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

2.1 ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายความว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ

ถึงแม้ว่าในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะระบุสิทธิของคนพิการไว้อย่างชัดเจน แต่ในความเป็นจริงแล้วยังมีคนจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงสิทธินั้น เนื่องจากภาครัฐยังไม่สามารถจัดบริการได้ทั่วถึงในทุกพื้นที่ เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการก็มีน้อย จึงไม่เพียงพอกับจำนวนคนพิการที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้คนพิการเหล่านี้ต้องประสบปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความพิการต่อเนื่องในระยะยาว ทำให้ขาดโอกาสในด้านต่างๆ เช่น ไม่สามารถดำรงชีวิต ประกอบอาชีพ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมเท่าเทียมกับคนปกติทั่วไป จะเห็นว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ทำให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ ตลอดจนใช้ชีวิตทางสังคมในบทบาทเดิมของตัวเองได้ด้วย⁽⁷⁴⁾



2.2 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ⁽⁷⁵⁾

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการนั้น มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญจากสาขาต่างๆ จำเป็นต้องใช้กลุ่มบุคลากรร่วมกันทำงาน เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ ดังนี้

ครูการศึกษาพิเศษ

เป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมมาเป็นพิเศษเฉพาะ เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการทั่วไป และพัฒนาการเฉพาะของเยาวชนผู้พิการ เทคนิคการสอนพิเศษ การใช้สื่อเครื่องมือ อุปกรณ์พิเศษ การตรวจสอบ และประเมินเด็กพิเศษ การกำหนดหลักสูตร และการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ทั้งครูปกติ เด็กพิการ และพ่อแม่ ทั้งยังมีหน้าที่ให้บริการทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่เด็กพิการและบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

แพทย์

เป็นผู้ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมให้เป็นผู้ชำนาญเฉพาะทาง เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการ ทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษา เพื่อปรับสภาพความพิการ และฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กพิการ ติดตามผลการรักษา ฟื้นฟู

นักกายภาพบำบัด

เป็นผู้มีความชำนาญในการใช้เทคนิครักษาผู้ป่วยด้วยเครื่องมือชนิดต่างๆ เพื่อพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ และข้อต่อที่ทำหน้าที่ไม่ถูกต้องสมบูรณ์ ฝึกการใช้กายอุปกรณ์เสริมหรือเทียม และเครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว รวมทั้งควบคุมการบำบัดด้วยกายบริหารในกำหนดการต่างๆ ที่แพทย์สั่ง

นักกิจกรรมบำบัด

เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการเลือกเฟ้นงานฝีมือและกิจกรรมต่างๆ มาให้เด็กพิการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลทางการรักษา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ นักกิจกรรมบำบัดยังช่วยประดิษฐ์หรือดัดแปลงอุปกรณ์ หรือเครื่องมือ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานการเรียนการสอน ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็นแก่ครูและนักกายอุปกรณ์เสริมและเทียม

นักจิตวิทยาคลินิก

เป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการตรวจและวินิจฉัยทางจิตวิทยา เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการแก้ปัญหา เป็นผู้แก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต กระตุ้นให้บุคคลพิการมีกำลังใจในการที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มที่และให้ข้อเสนอแนะกับครูผู้สอนเด็กพิการด้วย

นักแก้ไขการพูด

เป็นผู้ที่สามารถประเมินและตรวจสอบความสามารถและความบกพร่องในการพูด เพื่อทำการส่งเสริมแก้ไขการพูดและพัฒนาการทางภาษาที่ผิดปกติ และเพื่อหาสาเหตุของความผิดปกติเหล่านั้น ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การรักษอย่างถูกต้องของแพทย์ได้

นักโสตสัมผัสวิทยา

เป็นผู้ที่สามารถตรวจและวินิจฉัยสมรรถภาพการได้ยิน คัดเลือก ให้คำแนะนำ ติดตาม และประเมินผล การใช้เครื่องช่วยฟังทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ การได้ยิน ฟังฟัง ฟังฟัง การมองเห็นในการสื่อความหมาย พัฒนาภาษา และการพูด ให้คำแนะนำ ปรีกษาแก่ผู้ปกครองและครู ด้านจิตใจ สังคม และการจัดการศึกษาให้กับเด็กพิการที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน และเด็กพิการอื่นๆ ที่มีปัญหาการพูดและภาษา

3. สถานการณ์กำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในปัจจุบัน

ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพยังเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านจิตแพทย์ ซึ่งเป็นวิชาชีพหลักที่มีบทบาทสำคัญต่อระบบสุขภาพจิตของประเทศอย่างมาก ปัญหาจำนวนที่ไม่เพียงพอและการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมของจิตแพทย์ ทำให้หลายพื้นที่ของประเทศไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์กับประชาชนได้อย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลที่ดี นอกจากนี้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ชนบทยังมีความยากลำบากที่ต้องเดินทางไปรับบริการยังโรงพยาบาลที่อยู่ไกลบ้าน จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พบว่าในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีจิตแพทย์ จำนวน 746 คน ต่อประชากร 64,266,365 คน คิดเป็นอัตราจิตแพทย์ต่อประชากรแสนคน 1.16 โดยจิตแพทย์ที่ควรมี คือ จำนวน 2,249 คน แสดงให้เห็นว่าการขาดแคลนจิตแพทย์เป็นปัญหาเร่งด่วนที่จะต้องได้รับการแก้ไข โดยมีจำนวนจิตแพทย์อยู่ในกรุงเทพมหานคร มากที่สุด 309 คน คิดเป็นอัตราจิตแพทย์ต่อประชากรแสนคน 5.54⁽⁶³⁾

พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลของรัฐแทบทุกระดับต่างมีปัญหขาดแคลนพยาบาลพยาบาลจบใหม่ส่วนใหญ่มักจะถูกดึงเข้าสู่ภาคเอกชน ซึ่งมีค่าตอบแทนสูงกว่าภาครัฐ ทำให้พยาบาลในโรงพยาบาลรัฐขาดแคลนมากยิ่งขึ้น และจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีจำนวนพยาบาลจิตเวชทั้งหมด จำนวน 2,371 คน คิดเป็นอัตราพยาบาลจิตเวชต่อประชากรแสนคน 3.74 โดยมีอัตราพยาบาลจิตเวชต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 พยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่มักจะกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุด รองลงมาคือเขตภาคใต้ โดยมีอัตราพยาบาลจิตเวชต่อประชากรแสนคน 7.11 และ 5.64⁽⁷⁶⁾

นักรายภาพบำบัด ข้อมูลจากสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าในปี พ.ศ. 2555 มีนักรายภาพบำบัดปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศจำนวน 1,995 คน ต่อสัดส่วน



ประชากร 14,200 คน ทั้งนี้กำลังคนที่ควรมีในปี พ.ศ. 2560 คือ จำนวน 4,543 คน ดังนั้นยังต้องการกำลังคนเพิ่มจำนวน 2,548 คน⁽²⁴⁾ โรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดมีเพียง 247 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 738 แห่ง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 34 ของจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด⁽⁷⁷⁾

นักจิตวิทยาคลินิก จากข้อมูลของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 356 คน ต่อสัดส่วนประชากร 44,600 คน ทั้งนี้กำลังคนที่ควรมีในปี พ.ศ. 2560 คือ จำนวน 1,454 คน⁽²⁴⁾ ผลการสำรวจที่แยกตามภาคในปี พ.ศ. 2551 พบว่า นักจิตวิทยาคลินิกส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือ โดยมีอัตรานักจิตวิทยาคลินิกต่อประชากรแสนคน 1.12 และ 0.51⁽⁷⁶⁾

นักกิจกรรมบำบัด จากข้อมูลสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีนักกิจกรรมบำบัดจำนวน 259 คน ต่อสัดส่วนประชากร 108,700 คน ทั้งนี้กำลังคนที่ควรมีในปี พ.ศ. 2560 คือ จำนวน 597 คน ดังนั้นยังต้องการกำลังคนเพิ่มจำนวน 338 คน⁽²⁴⁾ พบว่า นักกิจกรรมบำบัดส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือ โดยมีอัตรานักกิจกรรมบำบัดต่อประชากรแสนคน 0.47 และ 0.19 และเมื่อแยกตามภาค ภาคที่มีนักกิจกรรมบำบัดน้อยที่สุดคือภาคใต้ มีจำนวน 6 คน อัตรานักกิจกรรมบำบัดต่อประชากรแสนคน 0.07 ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนนักกิจกรรมบำบัด 7 คน แต่มีอัตรานักกิจกรรมบำบัดต่อประชากรแสนคน เพียง 0.03⁽⁷⁶⁾

แม้กำลังคนส่วนใหญ่จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ก็พบว่าหลายวิชาชีพยังคงมีความขาดแคลนอยู่ กำลังคนด้านสุขภาพจิตมีการเพิ่มกำลังการผลิต แต่ความต้องการบุคลากรก็เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ยังคงไม่สามารถให้บริการได้อย่างเพียงพอกับความต้องการ

4. ปัญหาด้านกำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปัจจุบันกำลังคนยังเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการขาดแคลนกำลังคน ในพื้นที่ชนบทซึ่งมีปัญหการขาดแคลนทุกวิชาชีพ จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพรุ่นใหม่เข้าสู่ระบบบริการภาครัฐลดน้อยลงเพราะความต้องการสูงขึ้นทั้งภาคเอกชนและรัฐ⁽⁷⁷⁾

การกระจายของกำลังคนที่ยังไม่ทั่วถึงและเท่าเทียม กำลังคนส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่เมืองมากกว่าชนบท โดยเฉพาะกรุงเทพฯ และปริมณฑล ยังคงเป็นที่กระจุกตัวของกำลังคนทุกวิชาชีพ ข้อมูลปี พ.ศ. 2555 จังหวัดเลยที่มีประชากร 627,354 คน แต่มีจิตแพทย์ 7 คน ในขณะที่จังหวัดร้อยเอ็ดมีประชากร 1,306,814 คน มีจิตแพทย์ 3 คน⁽⁶³⁾ ซึ่งปัญหาการกระจายบุคลากรในวิชาชีพอื่นๆ มีลักษณะที่ไม่ต่างกันมากนัก

ปัญหาการไม่มีกรอบอัตรากำลัง การกำหนดกรอบอัตรากำลังทำให้หน่วยงานมีปริมาณคนทำงานที่เหมาะสม เพียงพอ ไม่ขาดแคลน ปัจจุบันปัญหาการไม่มีกรอบอัตรากำลังที่เพียงพอของนักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก และนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้บุคลากรในสายอาชีพเหล่านี้ขาดแรงจูงใจที่จะเข้าสู่ระบบบริการของรัฐ

5. การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปัญหาด้านกำลังคนเป็นปัญหาใหญ่ที่ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างไม่เท่าเทียมกัน จึงมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2559 ขึ้น เพื่อแก้ปัญหาเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ มีกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนมากขึ้น โดยมี 5 ยุทธศาสตร์⁽⁷⁴⁾ ดังนี้

- 1) กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ
- 2) ปรับเปลี่ยนระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้กำลังคนที่เหมาะสม สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นำสู่การสร้างความสำเร็จและความเสมอภาคในระบบสุขภาพ
- 3) ปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้มีการกระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรม
- 4) สร้างและจัดการความรู้ เพื่อนำสู่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพประเทศ
- 5) ส่งเสริม พัฒนาภูมิปัญญาไทย และผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน ให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ และส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

ส่วนที่ 3 ระบบการดูแลสุขภาพเด็กพิการ

การทบทวนวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพเด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการการศึกษาพิเศษ ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- เด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการการศึกษาพิเศษ
- ระบบการดูแลเด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
- ระบบดูแลของสาธารณสุขและโรงพยาบาล
- การประเมินคุณภาพบริการสำหรับเด็กที่มีความต้องการการดูแลพิเศษ
- ระบบการดูแลด้านการศึกษา



เด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการการศึกษาพิเศษ

การคัดกรองและจัดกลุ่มเด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการการดูแลพิเศษเป็นขั้นตอนเบื้องต้นในการเข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ในแต่ละประเทศมีการจำกัดความเด็กที่มีความต้องการพิเศษใกล้เคียงกัน แต่มีความแตกต่างกันเล็กน้อยตามระบบการช่วยเหลือเด็กในแต่ละประเทศ

ในประเทศไทยและในบางประเทศ เช่น ฟินแลนด์⁽⁷⁸⁾ จัดกลุ่มเฉพาะ “เด็กพิการ” (children with disabilities) ในการวางนโยบายการดูแลเด็กและครอบครัว ส่วนในหลายประเทศใช้เรียกเด็กกลุ่มนี้ในภาพรวม คือ “เด็กที่มีความต้องการพิเศษ (children with special needs)” เช่น สิงคโปร์ และญี่ปุ่น ซึ่งหมายรวมเด็กพิการ เด็กที่มีข้อจำกัดด้านพัฒนาการ ร่างกาย และจิตใจ ในประเทศสิงคโปร์⁽⁷⁹⁾ เน้นการช่วยเหลือเด็กให้ได้รับการศึกษาที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรกและได้รับการศึกษาต่อเนื่องตามความสามารถ เพื่อเพิ่มโอกาสในชีวิตเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่⁽⁷⁹⁾ ขณะที่ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งให้คำนิยามเด็กพิการ คือ เด็กที่มีข้อจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวันและชีวิตในสังคมเนื่องจากความพิการทางร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ แต่ยังไม่รวมถึงเด็ก LD ซึ่งในญี่ปุ่นยังไม่ถือว่าเป็นเด็กพิการ⁽⁸⁰⁾

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ตามนโยบาย Healthy people ในปี ค.ศ. 2001 และ ค.ศ. 2010 ได้ให้คำจำกัดความ “เด็กที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพพิเศษ (Children with Special Health Care Needs: CSHCN)” คือ

“เด็กที่เป็นหรือมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหรือมีข้อจำกัดทางร่างกาย พัฒนาการ พฤติกรรม หรือจิตใจอย่างเรื้อรัง ซึ่งต้องการบริการด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมากกว่าเด็กทั่วไป”⁽⁸¹⁾

จากคำนิยามดังกล่าว เด็กที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ ไม่ได้เน้นเฉพาะเด็กพิการ (children with disabilities) เพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงเด็กที่มีโรคทางกายเรื้อรัง เด็กที่พัฒนาการช้ากว่าวัย และเด็กที่มีโรคจิตเวชที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ในประเทศสหรัฐอเมริกามุ่งเน้นการดูแลด้านการได้รับบริการด้านสุขภาพและอื่นๆ ที่จำเป็น โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างครอบครัวและโรงพยาบาล เพื่อให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม^{(81),(82)}

ในหลายประเทศ ให้นิยามและวางแนวทางการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยเน้นประเด็นด้านการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นประเทศสหราชอาณาจักร ในปี ค.ศ. 2014 Department of Health ร่วมกับ Department of Education จัดกลุ่มเด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการพิเศษอยู่ในกลุ่ม “เด็กที่มีความต้องการการศึกษาพิเศษ (Special Educational Needs: SEN) หรือเด็กที่ต้องการการศึกษาพิเศษและเด็กพิการ (Special Educational Needs and Disabilities: SEND)” หมายถึงเด็กที่ต้องได้รับการศึกษาพิเศษที่แตกต่างจากเด็กทั่วไป ซึ่งความต้องการการศึกษา

พิเศษนี้ ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการเรียนรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงการจัดการศึกษาพิเศษและการเรียนในโรงเรียนที่เหมาะสมกับระดับความต้องการของเด็กแต่ละคน ครอบคลุมตั้งแต่เด็กอายุ 0 - 25 ปี ทั้งนี้ ประเทศอังกฤษยังจัดกลุ่มเด็กจำเพาะเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disabilities) แยกออกจากกลุ่มเด็ก SEN ทั่วไป^{(83),(84),(85)} แนวคิดนี้ใกล้เคียงกับหลายประเทศในยุโรป เช่น ไอร์แลนด์ อิตาลี^{(86),(87)}

ระบบการดูแลเด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพเด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการการศึกษาพิเศษในแต่ละประเทศ พบว่า มีทั้งความคล้ายคลึงและแตกต่างกัน ประเด็นหลักมักขึ้นอยู่กับนโยบาย กฎหมาย ระบบสาธารณสุข และระบบการศึกษาของประเทศนั้นๆ อย่างไรก็ตาม พบว่า ในหลายประเทศ ระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการพิเศษเป็นประเด็นที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือจากหลายฝ่าย เพื่อขับเคลื่อนการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับผู้ปฏิบัติการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษหนึ่งคนตลอดช่วงอายุ อาศัยความร่วมมือทั้งจากผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุขโรงเรียนและครูในโรงเรียนทั่วไป/การศึกษาพิเศษ จนถึงระดับผู้บริหารในการวางนโยบายและออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ออกแบบการประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์

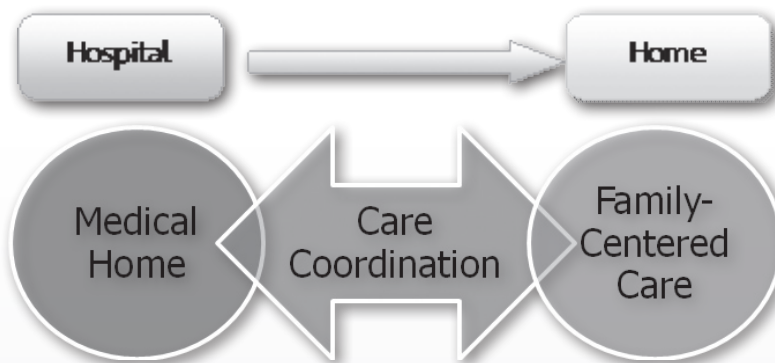


รูปที่ 2.1 ระบบการดูแลเด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ



ระบบดูแลสุขภาพเด็กและครอบครัว

ระบบการดูแลสุขภาพเด็กที่ต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ (Children with Special Health Care Needs: CSHCN) ในสหรัฐอเมริกามีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามนโยบายของประเทศในด้านเด็กและเยาวชน โดยมีรูปแบบการให้บริการสุขภาพเด็กพิเศษอย่างเป็นระบบ และเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและครอบครัวของเด็ก⁽⁸⁸⁾ มีรูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กพิเศษที่เชื่อมโยงการทำงานของโรงพยาบาลไปถึงการดูแลของผู้ปกครอง ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ Medical Home, Family-Centered Care และ Care Coordination⁽⁸¹⁾



รูปที่ 2.2 แบบการดูแลสุขภาพเด็กพิเศษที่เชื่อมโยงการทำงานของโรงพยาบาลไปถึงการดูแลของผู้ปกครอง

Medical Home

รูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กพิเศษ Medical Home ริเริ่มในปี ค.ศ. 2002 โดย American Academy of Pediatrics (AAP)⁽⁸⁹⁾ เพื่อวางระบบการดูแลสุขภาพเด็กพิเศษโดยกุมารแพทย์และแพทย์ทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการของประชาชน และมองว่าการให้บริการแบบตั้งรับภายในโรงพยาบาลนั้นไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของเด็กพิเศษ การให้บริการของแพทย์แบบ Medical Home จึงถูกสร้างขึ้นโดยมีลักษณะสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ เข้าถึงง่าย ดูแลต่อเนื่อง เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุม ประสานร่วมมือรอบด้าน เอาใจใส่ และเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม การทำงานเป็นการทำงานเชิงรุกของแพทย์ และทีมผู้รักษา เน้นการดูแลรักษาขั้นปฐมภูมิ (Primary care) และการประสานงานร่วมกันกับ ครอบครัวและชุมชน แพทย์และครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดในลักษณะคู่เครือข่าย (Partnership) ครอบครัวของเด็กเป็นศูนย์กลางในการวางแผนการดูแลสุขภาพเด็กพิเศษ (Family-Centered) ซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กได้ดีกว่าการตั้งรับในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล⁽⁸⁸⁾ รูปแบบ Medical Home ที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างกว้างขวางที่สุดในสหรัฐอเมริกา คือ Educating Practices in Community Integrated Care หรือ EPIC-IC ซึ่งเป็นโครงการที่ริเริ่มในรัฐเพนซิลวาเนีย โดยขยายการตั้งหน่วย Medical Home ในชุมชนย่อย ใช้เป็นแหล่งฝึกงาน

ของนักศึกษาแพทย์ในการตรวจรักษาเด็กและประชาชนในชุมชน ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและประชาชนได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นได้อย่างทั่วถึง⁽⁸¹⁾

แนวคิด Medical Home ช่วยเพิ่มจำนวนสถานบริการสุขภาพในชุมชน เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยเฉพาะการเข้ารับบริการที่เหมาะสมของเด็กพิเศษ

Family-Centered Care: FCC

เป็นการดูแลสุขภาพโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งในกระบวนการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษแบบบูรณาการ โดยหน่วยงานด้านสุขภาพอนามัยแม่และเด็กของสหรัฐอเมริกา (The Maternal and Child Health Bureau: MCHB) ได้มีนโยบายให้ FCC เป็นหนึ่งในรูปแบบการดูแลเด็กพิเศษ มุ่งเน้นให้ครอบครัวของเด็กที่ต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ผู้รักษาในทุกขั้นตอนของการดูแลเด็ก⁽⁹⁰⁾ บทบาทการทำงานของ FCC ประกอบด้วย การสร้างความตระหนักแก่ครอบครัวถึงบทบาทสำคัญที่มีต่อชีวิตของเด็ก การเสริมสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของครอบครัว การช่วยเหลือเด็กร่วมกับครอบครัว การให้ความสำคัญกับการบริการสุขภาพภายในชุมชน และการเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว และเพื่อนบ้านในชุมชน

ภายใต้แนวคิดในการดูแลเด็กพิเศษที่เปลี่ยนแปลงจากการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered) เป็นการเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับระบบการดูแลเด็กกลุ่มนี้มีแนวคิดในการจ้างผู้ปกครองของเด็กพิเศษเข้าทำงานในหน่วย FCC เพื่อช่วยพัฒนางาน FCC ได้ตรงตามความต้องการมากขึ้น⁽⁸¹⁾

Kuhlthau และคณะ⁽⁹⁰⁾ ได้ทำการวิจัยทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า FCC ทำให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับการดูแลสุขภาพและมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ช่วยให้ครอบครัวสามารถเข้าใจและสื่อสารกับแพทย์ได้ดีขึ้น รวมทั้งเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียน ลดอัตราการขาดเรียนของเด็กเด็กได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสม และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของเด็ก รวมถึงเพิ่มโอกาสในการเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ด้วย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าวไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านการทำงานของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ และปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว

Care Coordination

Care coordination หรือ การประสานงานการดูแลสุขภาพสำหรับเด็กที่ต้องการการดูแลพิเศษ เป็นกระบวนการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างเด็กและครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์และสหวิชาชีพ รวมทั้งแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลเด็กอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และจัดการบริการสำหรับเด็กอย่างเต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้⁽⁹¹⁾ เดิมมักใช้คำว่า care management หมายถึงผู้ดูแลบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แต่ในการดูแลเด็กพิเศษ ตามแนวคิด



ที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการดูแลเด็กในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขจึงใช้คำว่า care coordinator แทน หมายถึงผู้ประสานการดูแลระหว่างเด็กและครอบครัว กับสหวิชาชีพ และแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับเด็ก เช่น ประกันสุขภาพ โรงเรียนการศึกษาพิเศษ เป็นต้น ดังนั้น care coordinator จะมีขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากหลายฝ่าย

การทำงานของ care coordinator มีเป้าหมายเพื่อวางแผนการจัดบริการที่เหมาะสมร่วมกับครอบครัวและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ช่วยให้ครอบครัวเข้าถึงบริการและแหล่งช่วยเหลือที่จำเป็นได้ เป็นตัวกลางในการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพ ลดปัญหาการให้บริการที่ซ้ำซ้อนและค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น เพื่อช่วยให้เด็กและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด บุคลากรที่ทำหน้าที่ care coordinator ส่วนใหญ่เป็นทีมพยาบาลที่สามารถทำงานเชื่อมโยงระหว่างครอบครัว และทีมผู้รักษาจากหลายสาขาวิชาชีพในแง่ของการบำบัดรักษา และนักสังคมสงเคราะห์ที่สามารถช่วยเหลือครอบครัวด้านการเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพและแหล่งช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งงานวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลแบบ care coordination ช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เพิ่มระดับคุณภาพชีวิตและช่วยให้เด็กมีสุขภาพที่ดีขึ้น เพิ่มประสิทธิผลของการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งเพิ่มศักยภาพการทำงานของ Medical Home นอกจากนี้ ยังพบว่า care coordinator ช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจอาการและการดูแลเด็กได้ดีขึ้นอีกด้วย⁽⁹²⁾

ในสหรัฐอเมริกาเองยังมีอุปสรรคในการพัฒนากำลังคนและหลักสูตรพยาบาลด้านกุมารเวชศาสตร์ที่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินคุณภาพบริการสำหรับเด็กที่มีความต้องการการดูแลพิเศษ

จากระบบการดูแลสุขภาพเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า รูปแบบการดูแลแต่ละส่วนยังต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง Strickland และคณะ⁽⁸²⁾ ได้สรุปตัวชี้วัดสำคัญที่จะบ่งชี้ถึงคุณภาพของระบบการดูแลสุขภาพเด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ประกอบด้วยปัจจัย 6 ด้าน ได้แก่

- (1) ความร่วมมือของครอบครัวในการมีส่วนในการตัดสินใจและความพึงพอใจในบริการ
- (2) การได้รับการรักษาในระบบ Medical Home
- (3) การได้รับประกันสุขภาพที่เหมาะสม
- (4) การได้รับการคัดกรองและติดตามอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง
- (5) การบริการที่เข้าถึงได้ง่าย
- (6) คุณภาพของแผนการส่งต่อการดูแลในวัยผู้ใหญ่

ตัวชี้วัดทั้ง 6 ประการนี้ เป็นปัจจัยที่ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการและช่วยกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพเด็กพิการและเด็กพิเศษในเชิงนโยบายในระดับชาติ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ของการให้บริการแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับความต้องการของเด็กกลุ่มนี้ งานวิจัยของ Strickland และคณะ⁽⁸²⁾ ในปี ค.ศ. 2011 พบว่า ในสหรัฐอเมริกา มีระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม สำหรับเด็กที่มีความต้องการการดูแลพิเศษทำได้อย่างน้อย 4 ใน 6 ตัวชี้วัด โดยเฉพาะอัตราของเด็กที่ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงไปจนถึงการเข้ารับบริการในหน่วยผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัญหาการได้รับบริการที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างเด็กในครอบครัวที่มีฐานะดีกับเด็กยากจน และความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติ

จากระบบการดูแลด้านสุขภาพเด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ จะเห็นถึงความพยายามการพัฒนารูปแบบการดูแลที่รอบด้านเพื่อลดช่องว่างในการดูแลเด็ก โดยเฉพาะการเน้นการประสานงานระหว่างครอบครัวกับทีมผู้รักษา อย่างไรก็ตาม ระบบดังกล่าวจะสามารถขับเคลื่อนได้ต้องมีพื้นฐานมาจากระบบบริการสุขภาพพื้นฐานสำหรับเด็กทั่วไปที่ต้องได้รับการคัดกรองด้านพัฒนาการและสุขภาพก่อน เพื่อคัดกรองเด็กที่มีความต้องการการดูแลพิเศษให้เข้าสู่ระบบการดูแลเฉพาะ

ระบบการดูแลด้านการศึกษา

ในหลายประเทศ ให้คำจำกัดความในการเรียกชื่อกลุ่มเด็กพิการและเด็กที่มีข้อจำกัดในมุมมองของความต้องการการศึกษาพิเศษ

ในสหราชอาณาจักร เรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า เด็กที่มีความต้องการการศึกษาพิเศษ (Special Education Needs: SEN) มากกว่ามุมมองของความต้องการด้านสุขภาพเช่นในสหรัฐอเมริกา ตามกฎหมายของสหราชอาณาจักรได้ให้คำนิยาม เด็ก SEN คือ เด็กที่มีความลำบากในการเรียนรู้มากกว่าเด็กส่วนใหญ่ในวัยเดียวกัน หรือมีความพิการที่เป็นอุปสรรคในการใช้สิ่งอำนวยความสะดวกทางการศึกษาในโรงเรียนเมื่อเทียบกับเด็กส่วนใหญ่ในวัยเดียวกัน⁽⁹³⁾ จากคำนิยามดังกล่าว เด็ก SEN จะได้รับการศึกษาในโรงเรียนตามระดับที่เหมาะสมกับความสามารถและข้อจำกัดของแต่ละคน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ การจัดการศึกษาแบบ ‘School Action’ สำหรับเด็กที่ต้องการการศึกษาพิเศษที่ไม่ซับซ้อน เด็กกลุ่มนี้จะได้รับการศึกษาเพิ่มเติมหรือชั้นเรียนพิเศษนอกเหนือจากแผนการเรียนปกติสำหรับเด็กทั่วไป แต่ในเด็กที่มีข้อจำกัดที่ยุ่ยากซับซ้อน จะได้รับการศึกษาแบบ ‘School Action Plus’ สำหรับเด็กที่ต้องการการศึกษาพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือต้องการการดูแลร่วมกับหน่วยงานเฉพาะทางภายนอกโรงเรียน ซึ่งในระบบดังกล่าวจะมีผู้ประสานงานที่เรียกว่า SEN Coordinator (SENCO) ทำหน้าที่ประสานคำแนะนำและแผนการดูแลเด็กจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก (Department of Education, 2014) ในระบบการศึกษาพิเศษจะมีแนวทางการประเมินเฉพาะสำหรับเด็ก SEN เพื่อประเมินความสามารถในการเลื่อนชั้นเรียนในแต่ละระดับชั้นแยกออกจากเด็กปกติ แต่ในกรณีที่เด็กมีความต้องการ



การศึกษาพิเศษและการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิดมาก เด็กจะได้รับการศึกษาในโรงเรียนการศึกษาพิเศษเฉพาะทาง (Special School)

จากการสำรวจความต้องการการศึกษาพิเศษ ในปี ค.ศ. 2014 ของในประเทศอังกฤษ (Department of Education) พบว่า ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เด็กมีความต้องการการศึกษาพิเศษมากที่สุดในด้านการพูด ภาษา และการสื่อสาร รองลงมาคือ ปัญหาความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับปานกลาง และปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และสังคม ในขณะที่ระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลพิเศษด้านพฤติกรรม อารมณ์ สังคมมากที่สุด รองลงมาคือ ความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับปานกลางและความบกพร่องทางการเรียนรู้เฉพาะด้าน ส่วนในโรงเรียนการศึกษาพิเศษหรือโรงเรียนเฉพาะทาง ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับรุนแรง รองลงมาคือ เด็กออทิสติกสเปกตรัม และเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ระดับปานกลาง

ประเทศไอร์แลนด์ ใช้แนวทางการจัดการศึกษาในระบบ SEN ของสหราชอาณาจักร Moloney และ McCarthy⁽⁹⁴⁾ ทำการวิจัยและพัฒนาแนวทางการจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่ต้องการการศึกษาพิเศษในไอร์แลนด์ มีแนวคิดในการให้เด็กพิเศษเข้าสู่ระบบการศึกษาด้วยการเรียนร่วมกับเด็กปกติ พบว่า กุญแจสำคัญในการพัฒนาระบบการศึกษาพิเศษ คือการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการศึกษาและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการการศึกษาพิเศษ ร่วมกับการประสานความเข้าใจกับผู้ปกครองและชุมชนในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ จากผลการวิจัยดังกล่าว ยังพบปัญหาความขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและครูในโรงเรียนยังขาดความรู้เรื่องการศึกษาพิเศษและแนวทางการดูแลเด็ก งานวิจัยดังกล่าว ได้สรุปแนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อเด็ก SEN สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติในโรงเรียน ควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้านดังนี้

- สภาพแวดล้อม : โรงเรียนต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกแก่เด็กพิการทั้งในด้านกายภาพ เช่น ห้องน้ำ และด้านสภาพแวดล้อมทางจิตใจ หมายถึง การสร้างความเข้าใจและการเรียนร่วมกับครูและเด็กปกติ เพื่อช่วยให้เด็ก SEN ไม่รู้สึกแปลกแยกจากเพื่อนวัยเดียวกัน
- หลักสูตรการเรียน : เด็ก SEN ควรได้รับการจัดแผนการเรียนรายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) ตามความต้องการการศึกษาพิเศษเฉพาะด้าน ซึ่งควรมาจากการวางแผนร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- การสื่อสาร : การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้ปกครองของเด็ก และการสื่อสารระหว่างผู้ช่วยเหลือและสหวิชาชีพ เพื่อสร้างความเข้าใจในการช่วยเหลือเด็กในทิศทางเดียวกัน

นอกจากนี้ ในไอร์แลนด์ยังมีแผนการจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีข้อจำกัดที่ซับซ้อน และไม่สามารถเรียนร่วมในโรงเรียนทั่วไปเพียงอย่างเดียว เรียกว่า Dual placement model เป็นแผนการศึกษาที่ให้เด็กได้รับการดูแลร่วมกันระหว่างโรงเรียนปกติกับโรงเรียน/ศูนย์การศึกษาพิเศษ เฉพาะทาง อย่างไรก็ตาม แนวคิดดังกล่าวยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา และมีข้อจำกัดในการ ที่เด็กมีความลำบากในการเรียนรู้สองรูปแบบในเวลาเดียวกันและมีครูผู้ดูแลสองทีม ซึ่งสร้างความสับสนและความลำบากในการปรับตัวของเด็กได้⁽⁹⁴⁾

สำหรับการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษในประเทศญี่ปุ่น มีความชัดเจนมากขึ้นจาก นโยบายปฏิรูปการศึกษาสำหรับเด็กพิเศษของกระทรวงการศึกษา วัฒนธรรม กีฬา วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ในปี ค.ศ. 2007 เน้นการปรับจากเดิม โรงเรียนการศึกษาพิเศษส่วนใหญ่เป็น โรงเรียนเฉพาะด้านเพียงอย่างเดียว (Single - category - specific schools) เช่น โรงเรียนสำหรับ คนตาบอด หูหนวก ปัญญาอ่อน แยกออกจากกัน นโยบายดังกล่าวมุ่งเน้นให้โรงเรียนการศึกษา พิเศษสามารถดูแลเด็กที่มีความต้องการการศึกษาพิเศษรอบด้าน (Multiple Disabilities) โดยเฉพาะการพัฒนาความเชี่ยวชาญในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disability: LD) ซึ่งเดิมยังไม่ได้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเด็กพิเศษ และยังไม่มีหลักสูตรสำหรับเด็ก LD ที่ชัดเจน โดยกระทรวงศึกษาธิการของประเทศญี่ปุ่นได้จัดหลักสูตรการอบรมเพื่อพัฒนา ความเชี่ยวชาญของครูด้านการดูแลจัดการศึกษาพิเศษสำหรับเด็ก LD ที่ชัดเจน มีการเชื่อมโยง การทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียนการศึกษาพิเศษกับเครือข่ายอื่นๆ เช่น โรงพยาบาล กองทุนต่างๆ โดยมีโรงเรียนการศึกษาพิเศษเป็นศูนย์กลางในการประสานความช่วยเหลือเด็กพิเศษ

การจัดระบบการศึกษาของญี่ปุ่นและสิงคโปร์ มีความใกล้เคียงกันในการจัดระบบ การศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ แบ่งออกเป็น 4 ระดับตามความสามารถของเด็ก และความรุนแรงของความพิการ^{(95),(79)} ดังนี้

ระดับที่ 1 ห้องเรียนปกติ

สำหรับเด็กที่สามารถเรียนร่วมกับการเรียนเสริมในคาบเรียนพิเศษเฉพาะด้าน

ระดับที่ 2 ห้องเรียนการศึกษาพิเศษในโรงเรียนปกติ

สำหรับเด็กที่มีความพิการหรือข้อจำกัดในระดับปานกลาง เป็นการจัดการเรียน การสอนสำหรับเด็กพิเศษโดยเฉพาะ

ระดับที่ 3 โรงเรียนการศึกษาพิเศษ

สำหรับเด็กที่มีข้อจำกัดขั้นรุนแรง หรือมีความพิการทางกายหรือสติปัญญา ขั้นรุนแรง

ระดับที่ 4 พักการเรียน หรือให้ออกจากโรงเรียน

กรณีที่เด็กมีอาการป่วยที่รุนแรงมาก ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ มีพัฒนาการไม่สมวัยอย่างมาก ไม่สามารถเรียนรู้ในโรงเรียนได้



จากรายงานการปฏิรูปการศึกษาพิเศษของประเทศญี่ปุ่นในปี ค.ศ. 2007⁽⁹⁵⁾ ได้สรุปองค์ประกอบสำคัญในการผลักดันการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ประกอบด้วย การวางระบบการศึกษา ทั้งในแง่ของนโยบายหรือกฎหมายทางการศึกษา การจัดระดับของโรงเรียนที่ชัดเจนและการพัฒนาครูให้ผ่านการอบรมความรู้เรื่องการศึกษาพิเศษ ร่วมกับการมีคณะกรรมการปฏิรูปการศึกษา เพื่อผลักดันกฎหมายและนโยบายที่จำเป็นสำหรับเด็กกลุ่มนี้และคนพิการ ตลอดจนการวางเป้าหมายในการผลักดันให้เด็กกลุ่มนี้เข้าสู่ระบบโรงเรียนให้ได้มากที่สุด

แนวทางข้างต้นใกล้เคียงกับนโยบายการพัฒนาการศึกษาพิเศษในประเทศสิงคโปร์⁽⁷⁹⁾ โดยรัฐบาลได้วางยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบการศึกษา 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) การสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กพิการ (2) การวางแผนการศึกษาของเด็กพิการแบบบูรณาการ ทั้งในด้านกายภาพ วิชาการ และสังคม (3) การพัฒนาคุณภาพของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและโปรแกรมการดูแลเด็กพิการ (4) การสนับสนุนงบประมาณ (5) เสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแลเด็ก และ (6) การวางแผนการจัดการส่งต่อการดูแลเด็กไปสู่ผู้ใหญ

จากการวิจัยทบทวนเอกสารเกี่ยวกับนโยบายการจัดการศึกษาต่อเนื่องสำหรับเด็กที่ต้องการการศึกษาพิเศษใน 55 ประเทศทั่วโลก โดยคณะกรรมการด้านการศึกษาพิเศษประเทศไอร์แลนด์ในปี ค.ศ. 2013^{(86),(87)} ได้สรุปแนวทางพัฒนาระบบการศึกษาพิเศษ ดังนี้

- การพัฒนาเครือข่ายระหว่างผู้ให้บริการแต่ละด้าน และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการซึ่งในประเทศนอร์เวย์และญี่ปุ่น เน้นการอบรมครูให้มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและบทบาทของสหวิชาชีพในการดูแลเด็กร่วมกัน ส่วนในอิตาลี เน้นที่ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือหัวหน้าครูในการเป็นศูนย์กลางในการสร้างเครือข่ายและการวางแผนการดูแลเด็ก รวมไปถึงการสนับสนุนงบประมาณและพัฒนาความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติงาน

- การพัฒนาความตกลงร่วมกันอย่างเป็นทางการระหว่างหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง โดยการทำข้อตกลงเกี่ยวกับบทบาทการดูแลเด็กที่ชัดเจนของหน่วยงานต่างๆ เพื่อช่วยลดการทำงานที่ทับซ้อนกันและเพิ่มความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน รวมทั้งช่วยให้ผู้ปกครองเด็กเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ได้ชัดเจนมากขึ้น

- การพัฒนาความเข้าใจของครูและการทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียนทั่วไประหว่างโรงเรียนการศึกษาพิเศษ เช่น ในประเทศญี่ปุ่น มีการจัดโครงการแลกเปลี่ยนระหว่างโรงเรียน โดยจัดให้ครูในโรงเรียนปกติได้เข้าไปเรียนรู้งานในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ ซึ่งช่วยสร้างความเข้าใจและเพิ่มการทำงานประสานกันระหว่างโรงเรียนได้ดีขึ้น

- การพัฒนาการจัดบทบาทหน้าที่ของครูในชั้นเรียนเพื่อการทำงานร่วมกันภายในชั้นเรียน เช่น โมเดลจากอิตาลีและญี่ปุ่น ที่จัดให้มีครู 4 คน ต่อห้องเรียน 2 ห้องเรียน ช่วยสร้างรูปแบบ

การทำงานดูแลเด็กร่วมกันเป็นทีมแทนการรับผิดชอบหนึ่งห้องเรียน ช่วยเสริมสร้างการวางแผน การเรียนการสอนร่วมกันเป็นทีมและจัดสรรเวลาในการทำงานได้ดีขึ้น

- การพัฒนาหลักสูตรการอบรมครูและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
- การพัฒนารูปแบบการคัดกรองเด็ก การวางแผนการเรียน และการจัดกลุ่มเด็ก ในรูปแบบใหม่ตามบริบทของโรงเรียนและชุมชนนั้นๆ เช่น ในอิตาลี ส่งเสริมให้แต่ละโรงเรียน มีการจัดตั้งคณะกรรมการในการวางแผนการจัดการศึกษาภายในโรงเรียนให้เหมาะสมตาม ลักษณะของโรงเรียนนั้นๆ
- การพัฒนาแผนการเรียนรู้โดยมุ่งเน้นที่ห้องเรียนโดยรวมมากกว่าจำเพาะตัวเด็ก เป็นรายบุคคล อ้างอิงจากโมเดลของอิตาลีและนอร์เวย์ที่เน้นการวางแผนการเรียนการสอน และการประเมินเป็นชั้นเรียนมากกว่าการวางแผนการศึกษาแยกเฉพาะเด็กพิการ ลดความรู้สึก แยกแยกจากเพื่อนในชั้นเรียน และช่วยให้การเรียนร่วมเป็นไปได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า ทางฟากอังกฤษและยุโรปมีแนวคิดการจัดระบบดูแลสำหรับเด็กพิการและ เด็กที่ต้องการการศึกษาพิเศษ มีจุดเริ่มต้นสำคัญมาจากนโยบายด้านการศึกษาของประเทศ เป็น กลไกในการผลักดันการพัฒนาในด้านงบประมาณ และเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน สำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กพิการและเด็กที่ต้องการการศึกษาพิเศษ ประเด็นสำคัญ ในการพัฒนาที่สอดคล้องกันคือ การพัฒนาศักยภาพของครูและผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพิเศษ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการคัดกรองเด็ก และวางแผนการศึกษาที่เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละคน เพื่อให้ เด็กได้รับการศึกษาที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มต้น ได้รับการพัฒนาเฉพาะด้านตามข้อจำกัดที่มีอยู่ และได้รับการดูแลต่อเนื่องไปจนถึงการศึกษาในวัยผู้ใหญ่

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

โครงการวิจัย อุปสงค์ อุปทาน และรูปแบบกำลังคนทางเลือกเพื่อตอบสนองการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ มีการดำเนินการแยกเป็นโครงการ 3 โครงการ ได้แก่

โครงการที่ 1 การศึกษาความต้องการต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม สุขภาพ และการศึกษาของเด็กพิการอายุ 2½ - 12 ปี ทั้งสถานการณ์ด้านจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศ และการเข้าถึงบริการของเด็กพิการ

โครงการที่ 2 การศึกษาปริมาณ การกระจายตัว ความสามารถในการให้บริการและสถานการณ์กำลังคนที่ปฏิบัติงานจริงของกำลังคนด้านวิชาชีพที่จำเป็นต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กพิการทางสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก ในระดับประเทศ และระดับพื้นที่

โครงการที่ 3 การศึกษาระบบการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการและรูปแบบกำลังคนในระดับอำเภอที่สามารถขับเคลื่อนได้จริงและบูรณาการระหว่างหน่วยงานได้ และพัฒนารูปแบบเพื่อขับเคลื่อนระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการในระดับอำเภอ โดยใช้รูปแบบกำลังคนทางเลือกและการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

ทั้ง 3 โครงการมีรูปแบบวิธีการดำเนินวิจัย ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

โครงการที่ 1 การศึกษาความต้องการต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม สุขภาพ และการศึกษาของเด็กพิการอายุ 2 ½ - 12 ปี ทั้งสถานการณ์ด้านจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศ และการเข้าถึงบริการของเด็กพิการ

ความต้องการต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม สุขภาพ และการศึกษาของเด็กพิการอายุ 2½ - 12 ปี หมายถึง จำนวนเด็กไทยที่มีอายุ 2½ - 12 ปี ที่มีความพิการ ตามลักษณะความพิการทั้ง 7 ประเภท ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 กำหนดประเภทความพิการไว้ 7 ประเภท คือ 1. ความพิการทางการเห็น 2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5. ความพิการทางสติปัญญา 6. ความพิการทางการเรียนรู้ และ 7. ความพิการออทิสติก โดยในโครงการที่ 1 จะใช้ระเบียบวิธีการทางสถิติในการประมาณค่า จำนวนเด็กไทยที่มีอายุ 2½ - 12 ปี ที่มีความพิการ ตามลักษณะความพิการทั้ง 7 ประเภท

ในส่วนการเข้าถึงบริการของเด็กพิการ จะพิจารณาถึงความแตกต่างของจำนวนเด็กไทยที่มีอายุ 2½ - 12 ปี ที่มีความพิการ ตามลักษณะความพิการทั้ง 7 ประเภทที่ตรวจพบว่ามีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลของประเทศใน 3 หน่วยงานคือ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.)

วิธีการดำเนินงาน

1. เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจำนวนเด็กพิการทุกตำบลทั่วประเทศ จากหน่วยงานที่ได้มีการรวบรวมไว้แล้วจำนวน 3 หน่วยงาน ได้แก่ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.)

2. ทำการสำรวจด้วยตัวอย่าง โดยมีหน่วยศึกษาเป็นเด็กที่มีอายุ 2½ - 12 ปี และหน่วยการสุ่มตัวอย่างขั้นสุดท้ายเป็นตำบล (สำรวจเด็กทุกคนในตำบล) เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการประมาณค่าจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศ โดยมีข้อมูลจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศจากหน่วยงานข้างต้นเป็นฐานข้อมูลช่วยสนับสนุนการประมาณค่า (Auxiliary Databases) วิธีการสำรวจตัวอย่างจะนำเสนอในหัวข้อถัดไป

3. ลงพื้นที่ สํารวจด้วยทีมจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยา

4. นำผลการวินิจฉัยของแพทย์และนักจิตวิทยามาวิเคราะห์ผลเบื้องต้น

5. นำผลจากทีมแพทย์วินิจฉัยมาเปรียบเทียบกับจำนวนเด็กพิการในฐานข้อมูลของพก. สปสช. และ ศธ. เพื่อพิจารณาว่าข้อมูลของหน่วยงานใดมีความสอดคล้องกับผลของทีมแพทย์และนักจิตวิทยาวินิจฉัยมากที่สุด เพื่อให้เป็นฐานข้อมูลในการประมาณจำนวนเด็กพิการทั้ง 6 กลุ่มในจังหวัดอื่นต่อไป (หรืออาจต้องนำผลมาผสานกัน)



6. นำผลการประมาณค่าจำนวนเด็กพิการทั้งจากทีมแพทย์และนักจิตวิทยา และข้อมูลจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศ จากหน่วยงานข้างต้นซึ่งใช้เป็นฐานข้อมูลช่วยสนับสนุนการประมาณค่า มาประมาณค่าจำนวนเด็กพิการทั้งทุกประเภทความพิการทั่วประเทศ ด้วยวิธีการ Ratio Estimation หรือ Regression Estimation

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างของการศึกษาในโครงการนี้ จะสุ่มตัวอย่างเด็กไทยที่มีอายุ $2\frac{1}{2}$ - 12 ปี ขึ้นมาเป็นตัวแทนของประชากรเด็กไทย ที่มีอายุ $2\frac{1}{2}$ - 12 ปีทั่วประเทศ ยกเว้นจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two-Stage Sampling) โดยมีระเบียบวิธีการสุ่มตัวอย่างดังนี้

ประชากร คือ กลุ่มของเด็ก มีอายุ $2\frac{1}{2}$ - 12 ปี (7,624,019 คน) (ที่มาข้อมูล : กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ธ.ค. 56)

หน่วยศึกษา คือ เด็กไทย อายุ $2\frac{1}{2}$ - 12 ปี

บัญชีรายชื่อประชากร คือ รายชื่อเด็กอายุ $2\frac{1}{2}$ - 12 ปี เฉพาะตำบลที่ตกเป็นตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ กลุ่มของเด็กอายุ $2\frac{1}{2}$ - 12 ปี ที่ถูกเลือกมาเป็นตัวแทนของประชากร

วิธีการสุ่มตัวอย่าง คือ การสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two-Stage Sampling)

ขั้นที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ชั้นภูมิคือ ภาค (6 ภาค) หน่วยการสุ่มคือ จังหวัด แบ่งจังหวัดออกเป็น 6 กลุ่มจังหวัด (ภาค) ตามการแบ่งเขตตรวจราชการในประเทศไทย ได้แก่

ภาคกลาง 8 จังหวัด ได้แก่ ชัยนาท นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี และอ่างทอง

ภาคตะวันออก 9 จังหวัด ได้แก่ จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด นครนายก ปราจีนบุรี ระยอง สมุทรปราการ และสระแก้ว

ภาคตะวันตก 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร และสุพรรณบุรี

ภาคใต้ 14 จังหวัด ได้แก่ กระบี่ ชุมพร ตรัง นครศรีธรรมราช นราธิวาส ปัตตานี พังงา พัทลุง ภูเก็ต ยะลา ระนอง สงขลา สตูล และสุราษฎร์ธานี

ภาคเหนือ 17 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร เชียงราย เชียงใหม่ ตาก นครสวรรค์ น่าน พะเยา พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน สุโขทัย อุตรดิตถ์ และอุทัยธานี

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ชัยภูมิ นครพนม นครราชสีมา บึงกาฬ บุรีรัมย์ มหาสารคาม มุกดาหาร ยโสธร ร้อยเอ็ด เลย ศรีสะเกษ สกลนคร สุรินทร์ หนองคาย หนองบัวลำภู อำนาจเจริญ อุตรดิตถ์ และอุบลราชธานี

ขั้นที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง หน่วยการสุ่มคือ ตำบล (โดยการเลือกตำบล ที่มีขนาดของเด็กอายุ 2½ - 12 ปี ตามจำนวนที่กำหนด) และตรวจวินิจฉัยเด็กทุกคนในตำบล

ขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างเด็กไทย ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเชิงชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) และกระจายขนาดตัวอย่างลงชั้นภูมิ ด้วยวิธีการกระจายขนาดตัวอย่างตามขนาดชั้นภูมิ (Proportional Allocation) และขนาดตัวอย่างที่ต้องการ (n) จะทำให้ค่าประมาณสัดส่วนเด็กในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ที่มีความพิการแตกต่างจากสัดส่วนเด็กในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ที่มีความพิการของประชากร ไม่เกิน 0.002 ด้วยความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น

เมื่อ N คือขนาดประชากร ในที่นี้คือ 7,624,019 คน และ คือขนาดตัวอย่างเบื้องต้นคำนวณได้จาก

เมื่อ W_i คือ น้ำหนักของชั้นภูมิที่ i หมายถึง อัตราส่วนจำนวนเด็กไทยช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ของภาคที่ i เทียบกับจำนวนเด็กไทยช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ทั้งประชากร เมื่อ $i = 1, 2, 3, 4, 5$, และ 6

P_i คือ สัดส่วนเด็กไทยที่มีความพิการของภาคที่ i (อ้างอิงจากฐานข้อมูลทะเบียนกลาง คนพิการ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ 31 พฤษภาคม 2556 สำหรับเด็กไทยอายุ 0 - 14 ปี โดยมีข้อสมมติว่าสัดส่วนเด็กไทยช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ที่มีความพิการใน ไม่แตกต่างจากสัดส่วนเด็กไทยในช่วงอายุ 0 - 14 ปี ที่มีความพิการ) มีข้อมูลดังนี้

สัดส่วนเด็กไทยที่มีความพิการในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ของภาคกลางเท่ากับ 0.006881569 (P_1)

สัดส่วนเด็กไทยที่มีความพิการ ในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ของภาคตะวันตกเท่ากับ 0.005789197 (P_2)

สัดส่วนเด็กไทยที่มีความพิการ ในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ของภาคตะวันออกเท่ากับ 0.005870014 (P_3)

สัดส่วนเด็กไทยที่มีความพิการในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 0.006050467 (P_4)

สัดส่วนเด็กไทยที่มีความพิการ ในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ของภาคใต้เท่ากับ 0.006001233 (P_5)

สัดส่วนเด็กไทยที่มีความพิการในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ของภาคเหนือเท่ากับ 0.006775484 (P_6)



V คือ กำลังสองของอัตราส่วนความคลาดเคลื่อนของค่าประมาณสัดส่วนเด็กพิการในช่วงอายุ $2\frac{1}{2}$ - 12 ปีที่ยอมรับได้ (d) เทียบกับค่ามาตรฐานจากตารางปกติมาตรฐานที่สอดคล้องกับระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z_{0.025} = 1.96$) หรือคำนวณจาก

$$v = \left(\frac{d}{Z_{0.025}} \right)^2 = \left(\frac{0.002}{1.96} \right)^2 = 0.000001041$$

ตารางที่ 3.1 แสดงการคำนวณค่า $\sum_{i=1}^6 W_i P_i (1 - P_i)$

ภาค	จำนวนเด็กอายุ	W_i	P_i	$W P_i (1 - P_i)$
กลาง	629,636	0.082585838	0.006881569	0.000564409
ตะวันตก	633,504	0.083093182	0.005789197	0.000478258
ตะวันออก	795,218	0.104304239	0.005870014	0.000608673
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,817,250	0.369522951	0.006050467	0.002222259
ใต้	1,397,076	0.183246658	0.006001233	0.001093106
เหนือ	1,351,336	0.177247132	0.006775484	0.001192798
รวม	7,624,019	1		$\sum_{i=1}^6 W_i P_i (1 - P_i)$ = 0.006159504

$$\text{คำนวณค่า } n_0 = \frac{\sum_{i=1}^6 W_i P_i (1 - P_i)}{v} = \frac{0.006159504}{0.000001041} = 5,916.91$$

$$\text{คำนวณค่า } n = \frac{N n_0}{N + n_0} = \frac{7,624,019 \times 5,916.91}{7,624,019 + 5,916.91} = 5,912.32 \sim 5,913 \text{ คน}$$

กระจายขนาดตัวอย่างลงชั้นภูมิหรือภาคได้ดังนี้

ตารางที่ 3.2 ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำแต่ละภาค

ภาค	น้ำหนักชั้นภูมิ (W_i)	$n_i = W_i \times 5,913$	ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ (ปัดเศษขึ้น)
กลาง	0.082585838	488.3300616	489
ตะวันตก	0.083093182	491.3299865	492
ตะวันออก	0.104304239	616.7509653	617
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.369522951	2184.98921	2,185
ใต้	0.183246658	1083.537487	1,084
เหนือ	0.177247132	1048.06229	1,049
รวม	1	5913	5,916

สรุป ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ คือ 5,916 คน กระจายขนาดตัวอย่างลงแต่ละภาคตามขนาดของเด็กไทยช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ของแต่ละภาค ดังนี้ ภาคกลางสุ่มตัวอย่างขนาด 489 คน ภาคตะวันตกสุ่มตัวอย่างขนาด 492 คน ภาคตะวันออกสุ่มตัวอย่างขนาด 617 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสุ่มตัวอย่างขนาด 2,185 คน ภาคใต้สุ่มตัวอย่างขนาด 1,084 คน และภาคเหนือสุ่มตัวอย่างขนาด 1,049 คน

ในทางปฏิบัติ คณะผู้วิจัยไม่สามารถสุ่มตัวอย่างเด็กไทยในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี จากแต่ละภาคได้โดยตรง เนื่องจากจะได้ตัวอย่างเด็กไทยกระจายอยู่เต็มพื้นที่ ไม่สะดวกต่อการทำงานภาคสนาม จึงทำการสุ่มตัวอย่างจังหวัดจากแต่ละภาคขึ้นมาเป็นตัวแทนก่อน หลังจากนั้นจะทำการเลือกตัวอย่างตำบลในจังหวัดที่ตกเป็นตัวอย่าง และสำรวจเด็กไทยในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ทุกคนในตำบล ดังนั้นจึงต้องคำนวณว่า แต่ละชั้นภูมิหรือภาค จะต้องสุ่มตัวอย่างจังหวัดเป็นจำนวนกี่จังหวัด

เนื่องจากช่วงเวลาทำการวิจัยมีจำกัด จึงกำหนดจำนวนจังหวัดในการสำรวจ 9 จังหวัด (แต่ละจังหวัดต้องลงพื้นที่ตรวจเด็กทั้งตำบลเป็นเวลา 1 ถึง 2 สัปดาห์) ทำการกระจายจำนวนจังหวัดลงชั้นภูมิ ตามขนาดของเด็กไทยในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ได้ดังตารางนี้



ตารางที่ 3.3 จำนวนจังหวัดตัวอย่าง

ภาค	น้ำหนักชั้นภูมิ (W_i)	จำนวนจังหวัด = $W_i \times 9$	จำนวนจังหวัดตัวอย่าง
กลาง	0.082585838	0.7437254	1
ตะวันตก	0.083093182	0.74783864	1
ตะวันออก	0.104304239	0.93873815	1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.369522951	3.32570656	3
ใต้	0.183246658	1.64921992	2
เหนือ	0.177247132	1.59522419	1
รวม	1		9

จำนวนจังหวัดตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิคือ ภาคกลาง 1 จังหวัด ภาคตะวันตก 1 จังหวัด ภาคตะวันออก 1 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 จังหวัด ภาคใต้ 2 จังหวัด และภาคเหนือ 1 จังหวัด จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างจังหวัดจากแต่ละชั้นภูมิได้จังหวัดที่เป็นตัวอย่าง และตำบลตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 จังหวัดที่ตกเป็นตัวอย่างรายภาค

ภาค	จังหวัดที่ตกเป็นตัวอย่าง	ตำบลตัวอย่าง
ภาคกลาง	ลพบุรี	เขาน้อย
ภาคตะวันตก	นครปฐม	บางระกำ
ภาคตะวันออก	ระยอง	ตะพง
ภาคเหนือ	พะเยา	แม่กา
ภาคใต้	สงขลา	นาหมอศรี
	นครศรีธรรมราช	ลานสกา
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	กาฬสินธุ์	บัวบาน
	อุดรธานี	บ้านแดง
	บุรีรัมย์	บ้านด่าน

การประมาณค่าจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศ

การประมาณค่าจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศ จะดำเนินการแยกการประมาณค่าเป็น 2 กลุ่มอายุ คือ คำนวณค่าประมาณจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศในกลุ่มเด็กไทยอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี และกลุ่ม 6 ปีถึง 12 ปี เนื่องจากสภาพการตรวจวินิจฉัยในเด็กทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน ทั้งเครื่องมือและความชัดเจนในการแสดงอาการของเด็ก แล้วจึงนำค่าประมาณของทั้งสองกลุ่มมารวมกัน เป็นค่าประมาณจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศ

การประมาณค่าในแต่ละกลุ่ม จะแยกประมาณค่าจำนวนเด็กพิการแต่ละประเภทของความพิการ เนื่องจากแต่ละประเภทความพิการพบเด็กพิการในสัดส่วนที่แตกต่างกันมาก โดยใช้การประมาณจำนวนเด็กพิการโดยวิธีการประมาณจำนวนเด็กพิการด้วยตัวประมาณค่าแบบอัตราส่วน (Ratio Estimator) สำหรับการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ซึ่งมีสูตรในการประมาณดังนี้

$$\hat{A} = \frac{\hat{A}(y)_{st}}{\hat{A}(x)_{st}} \cdot X$$

เมื่อ $\hat{A}$ คือ ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการจากตัวประมาณค่าแบบอัตราส่วน (แยกประเภทความพิการ)

$\hat{A}(y)_{st}$ คือ ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการจากตัวประมาณค่าจำนวนรวมในการสุ่มตัวอย่างชั้นภูมิ ด้วยข้อมูลจำนวนเด็กพิการที่สำรวจได้ในโครงการวิจัย

$\hat{A}(x)_{st}$ คือ ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการจากตัวประมาณค่าจำนวนรวมในการสุ่มตัวอย่างชั้นภูมิ ด้วยข้อมูลจำนวนเด็กพิการจากฐานข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐ

X คือ จำนวนรวมเด็กพิการจากฐานข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐ

ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการจากตัวประมาณค่าจำนวนรวมในการสุ่มตัวอย่างชั้นภูมิคำนวณได้จาก

$$\hat{A}_{st} = \sum_{i=1}^L N_i p_i$$

เมื่อ N_i คือ ขนาดชั้นภูมิที่ i หรือจำนวนเด็กไทยทั้งหมดในภาคที่ i (แยกประเภทความพิการ)

p_i คือ สัดส่วนของเด็กพิการของตัวอย่างในชั้นภูมิที่ i (แยกประเภทความพิการ)



ในกรณีที่ข้อมูลจากฐานข้อมูลของหน่วยงานของรัฐ มีค่าจำนวนเด็กพิการเป็นศูนย์ การประมาณค่าจำนวนเด็กพิการจากตัวประมาณค่าแบบอัตราส่วนไม่สามารถคำนวณได้ จะดำเนินการใช้การประมาณค่าจำนวนเด็กพิการจากตัวประมาณค่าจำนวนรวมในการสุ่มตัวอย่าง ขั้นภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูลตัวอย่าง 9 จังหวัด

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ ได้จากบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ ประกอบด้วย ตัวแปร ภาค เพศ กลุ่มอายุ ระดับชั้นเรียน ประเภทความผิดปกติ กลุ่มผลวินิจฉัย แต่ละตัวแปร มีมาตรวัดอยู่ในระดับมาตรวัดนามบัญญัติ (Nominal Scale) หรือมาตรวัดเรียงอันดับ (Ordinal Scale) สถิติที่ใช้เป็นสถิติพรรณนาเกี่ยวกับความถี่และร้อยละ

ขอบเขตการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวนและร้อยละเด็กพิการทั่วประเทศใน 7 ประเภท ความพิการ และจำแนกข้อมูลจำนวนและร้อยละเด็กพิการตามภาค เพศ กลุ่มอายุ และระดับชั้นเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสรุปผลการตรวจวินิจฉัยความพิการในเด็กและเยาวชน ทีมวิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับการค้นหาความพิการ ประกอบด้วย
 - คำถามชื่อ - นามสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปี เกิด โรงเรียน และชั้นเรียนของเด็กที่เข้ารับการตรวจ

- ช่องสำหรับแพทย์วินิจฉัยจำแนกความพิการออกเป็น 7 ประเภท คือ 1. ความพิการทางการเห็น 2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5. ความพิการทางสติปัญญา 6. ความพิการทางการเรียนรู้ และ 7. ความพิการออทิสติก
 - ช่องสำหรับช่องใส่คะแนนระดับ IQ และผลการทดสอบของแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนรู้ ฉบับภาษาไทย (WRAT-Thai) และตารางใส่คะแนนของแบบทดสอบ Phono.Test
2. แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices, Parallel version (SPM-P)⁽⁹⁶⁾ ซึ่งเป็นแบบทดสอบสติปัญญาในกลุ่มที่ไม่ใช้ภาษาพูด (nonverbal intelligence test) สามารถวัดความสามารถในการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาตรรกะเชิงรูปภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 60 ข้อ ที่มีลักษณะเป็นรูปภาพชนิดที่มีส่วนที่หายไป ผู้รับการทดสอบต้องเลือกชิ้นส่วนที่น่าจะมาเติมในช่องที่หายไปได้ดีที่สุดจากตัวเลือก 6 - 8 ตัวเลือก ใช้ทดสอบได้ตั้งแต่อายุ 6 - 89 ปี แบบทดสอบนี้ได้รับการยกย่องว่าเป็นแบบทดสอบที่ใช้วัด "g factor" อันเป็นสติปัญญาพื้นฐานของบุคคลได้ดีที่สุดแบบทดสอบหนึ่ง⁽⁹⁷⁾
3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความบกพร่องทางการเรียนรู้ ได้แก่ แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนรู้ ฉบับภาษาไทย (WRAT-Thai) ที่พัฒนาขึ้นโดย ภูมิเรียง สายะวารานนท์ ให้มีโครงสร้างคล้ายกับแบบทดสอบ Wide Range Achievement Test (WRAT-R) ประกอบด้วย 3 แบบทดสอบย่อย ด้านการอ่าน การเขียนสะกดคำ และการคำนวณ⁽⁹⁸⁾ ทำการทดสอบเป็นรายบุคคลโดยนักจิตวิทยาคลินิก ทั้งนี้ ในการเก็บข้อมูลเด็กแต่ละคนจะได้รับการทดสอบ IQ ก่อน หาก IQ ได้ 80 ขึ้นไป จึงจะได้รับการทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่อไป





4. เครื่องมือ Phono.Test หรือ แบบทดสอบทักษะการเตรียมความพร้อมเพื่อการอ่านของเด็กก่อนวัยเรียน พัฒนาขึ้นโดย พญ.นิชรา เรืองดารกานนท์ เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับทดสอบด้านการอ่านของเด็กวัย 5 - 6 ปี เพื่อคัดกรองเด็กที่มีแนวโน้มพัฒนาการด้านการอ่านช้ากว่าเด็กวัยเดียวกัน ซึ่งอยู่ในระหว่างการพัฒนาเครื่องมือ⁽⁹⁹⁾

โครงการที่ 2 การศึกษาปริมาณ การกระจายตัว ความสามารถในการให้บริการ และสถานการณ์กำลังคนที่ปฏิบัติงานจริงของกำลังคนด้านวิชาชีพที่จำเป็นต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กพิการทางสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก ในระดับประเทศและระดับพื้นที่

วิธีการดำเนินงาน

1. พื้นที่การวิจัย (ตามฐานข้อมูลของโครงการที่ 1)

กรุงเทพมหานคร

ภาคเหนือ 17 จังหวัด

กำแพงเพชร ตาก นครสวรรค์ พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุทัยธานี เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ น่าน ลำพูน ลำปาง อุตรดิตถ์ แม่ฮ่องสอน พะเยา

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด

กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ชัยภูมิ นครพนม นครราชสีมา บึงกาฬ บุรีรัมย์ มหาสารคาม มุกดาหาร ยโสธร ร้อยเอ็ด เลย ศรีสะเกษ สกลนคร สุรินทร์ หนองคาย หนองบัวลำภู อำนาจเจริญ อุตรดิตถ์ อุบลราชธานี

ภาคกลาง 8 จังหวัด

ชัยนาท นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง

ภาคตะวันออก 9 จังหวัด

ระยอง จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี สระแก้ว ชลบุรี ฉะเชิงเทรา นครนายก สมุทรปราการ

ภาคตะวันตก 8 จังหวัด

กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี

ภาคใต้ 14 จังหวัด

ชุมพร กระบี่ นครศรีธรรมราช นราธิวาส ปัตตานี พังงา พัทลุง ภูเก็ต ระนอง สตูล
สงขลา สุราษฎร์ธานี ตรัง ยะลา

2. จำนวนวิชาชีพ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น แพทย์พัฒนาการเด็ก พยาบาลวิชาชีพสุขภาพจิตและ
จิตเวชเด็กและวัยรุ่น นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด ครูการศึกษาพิเศษ
นักเวชศาสตร์ฟื้นฟูด้านการสื่อความหมาย

3. ฐานข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

- 1) สืบค้นผ่านอินเทอร์เน็ต โดยดูจากทำเนียบบุคลากรในสถานพยาบาลและโรงเรียน
ต่างๆ ที่เปิดบริการสำหรับเด็กพิการ
- 2) ฐานข้อมูลสมาชิกชมรมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทย (ติดต่อผ่านสมาชิก
ชมรม informal)
- 3) ฐานข้อมูลสมาชิกนักกายภาพบำบัดที่ขึ้นทะเบียนต่ออายุใบอนุญาตประกอบ
วิชาชีพของสภากายภาพบำบัด (หนังสือขอความร่วมมือถึงสภากายภาพบำบัด - formal)
- 4) ฐานข้อมูลสมาชิกจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย (informal)
- 5) ฐานข้อมูลสมาชิกกุมารแพทย์ในประเทศไทย (สืบค้นจากเว็บไซต์)
- 6) ฐานข้อมูลรายชื่อสถานพยาบาลที่มีนักเวชศาสตร์ด้านการสื่อความหมาย (สืบค้น
จากเว็บไซต์)
- 7) ฐานข้อมูลผู้สำเร็จการศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของสถาบัน
ราชานุกูล
- 8) ฐานข้อมูลสมาชิกนักจิตวิทยาคลินิกในประเทศไทย

4. รวบรวมข้อมูล

4.1 รวบรวมรายชื่อสถานพยาบาลและโรงเรียนที่มีวิชาชีพต่างๆ จัดทำทะเบียนที่อยู่
ในการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์

- จำนวนแบบสอบถามที่ส่งขึ้นกับจำนวนวิชาชีพในสถานที่ เช่น ถ้าวิชาชีพ
จำนวนน้อยกว่า 5 คน ส่งแบบสอบถามจำนวน 5 ฉบับ จำนวน 5 - 10 คน ส่ง 10 ฉบับ มากกว่า 10 คน
ส่ง 20 ฉบับ

- จำนวนสถานพยาบาลและโรงเรียนที่จัดส่งแบบสอบถาม 1,595 แห่ง
แบบสอบถามจำนวน 10,000 ฉบับ



4.2 ตรวจสอบรายชื่อแบบสอบถามที่ตอบกลับกับรายชื่อสมาชิกในฐานข้อมูล เพื่อสำรวจข้อมูลเพิ่มเติม พบมีการตอบกลับร้อยละ 90.2 (รวมพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ตอบเกินฐานข้อมูล)

4.3 จัดอบรมเชิงปฏิบัติแก่ผู้ช่วยปฏิบัติงานในการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมตามรายชื่อในฐานข้อมูลของแต่ละวิชาชีพ โดยวิธี

- การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์
- การใช้เครื่องมือการสำรวจผ่านการตอบแบบสอบถามออนไลน์ (Google doc)
- การใช้แบบสอบถาม

5. บันทึกข้อมูล

สำรวจความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล บันทึกในโปรแกรม excel

วิเคราะห์ข้อมูล

- ตัวแปรที่มีมาตรวัด นามบัญญัติ และมาตรวัดเรียงอันดับ จะพรรณนาข้อมูลด้วยความถี่ และร้อยละผู้ตอบแบบสอบถาม
- ตัวแปรที่มีมาตรวัดอันตรภาค และมาตรวัดอัตราส่วน จะพรรณนาข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด
- ตัวแปรที่มีมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยประเมินด้านความสามารถ ทักษะในการดูแลเด็กพิการ

ให้คะแนน 1 - 5 โดยที่ 1 น้อยสุด จนถึง 5 มากสุด จะพรรณนาข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย

โครงการที่ 3 การศึกษาระบบการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการและรูปแบบกำลังคนในระดับอำเภอที่สามารถขับเคลื่อนได้จริงและบูรณาการระหว่างหน่วยงานได้ และพัฒนารูปแบบเพื่อขับเคลื่อนระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการในระดับอำเภอ โดยใช้รูปแบบกำลังคนทางเลือกและการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

วิธีการดำเนินงาน

โครงการวิจัยทั้งสามโครงการมีความเชื่อมโยงกัน โดยโครงการที่ 3 ต้องอาศัยข้อมูลจากโครงการที่ 1 (สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของเด็กพิการ) และโครงการที่ 2 (สถานการณ์ของกำลังคนและกำลังคนทางเลือกโดยเฉพาะในพื้นที่) เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้บริการด้วยกำลังคนทางเลือก อย่างไรก็ตาม ในร่างแรกของโครงการวิจัยโครงการที่ 3 มีเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบบริการกำลังคนทางเลือก โดยเน้นที่กิจกรรมการถอดบทเรียน การฝึกอบรม ฯลฯ แต่การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครองที่มาใช้บริการ และติดตามเยี่ยมบ้านเด็กที่ถูกวินิจฉัยว่ามีปัญหาความผิดปกติ ในขณะลงพื้นที่ตรวจคัดกรอง ในโครงการที่ 1 ได้พบว่า ปัญหาและความต้องการของความพิการและปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของเด็กในพื้นที่มีความแตกต่าง หลากหลาย และซับซ้อน โดยเฉพาะลักษณะความพิการบริบททางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ลักษณะความเป็นครอบครัวและการเลี้ยงดูของเด็ก บริบทสถานบริการสาธารณสุข บริบทของโรงเรียนและครู และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ทั้งหมด มีผลต่อการวิเคราะห์ลักษณะปัญหา ความต้องการ และเหตุปัจจัยกำหนด ที่จะใช้เพื่อการพัฒนาแบบระบบบริการอันเป็นเป้าหมายของโครงการที่ 3

การค้นพบความซับซ้อนเหล่านั้น ทำให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กและครอบครัวที่สอดคล้องกับบริบท และบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของพื้นที่จะเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก หรือหากทำได้ก็คงยากที่จะตอบโจทย์ปัญหาอย่างยั่งยืน หากปราศจากซึ่งข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอที่จะใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในกระบวนการของการพัฒนารูปแบบบริการที่จะดำเนินการร่วมกับพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจะสร้างรูปแบบการบริการที่ตอบโจทย์ปัญหาอย่างสอดคล้องและยั่งยืน มีความจำเป็นที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาทั้งหมดทั้งในและพื้นที่จะต้องสามารถมองเห็นปัญหาและสาเหตุที่ถูกต้อง ชัดเจน เป็นเบื้องต้นก่อนที่จะมีกิจกรรมอื่นใด โดยเฉพาะการพัฒนา/ฝึกอบรมกำลังคนทางเลือก

ด้วยเหตุข้างต้น ทีมวิจัยจึงต้องการปรับเปลี่ยนกิจกรรมด้วยการ

หนึ่ง เพิ่มขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม ด้วยการติดตามเก็บข้อมูลบริบทชีวิตครอบครัวของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความพิการ (ผลจากโครงการที่ 1) และข้อมูลต้นทุนทางสังคมของการให้บริการช่วยเหลือเด็กพิการและครอบครัว (ผลจากโครงการที่ 2) เพื่อให้



สามารถมีข้อมูลที่เป็นระบบและชัดเจนขึ้น เกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการของเด็กพิการ และครอบครัว และเงื่อนไขบริบทของครอบครัวและชุมชนต่างๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ในการร่วมกันพัฒนาทางเลือกในการให้ความช่วยเหลือเด็กพิการเหล่านั้น

สอง เพิ่มกิจกรรมการจัดเวทีคืบข้อมูลเพื่อสร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ สาเหตุ และทางเลือกในการพัฒนารูปแบบบริการใน 4 พื้นที่

สาม ปรับ/เปลี่ยนกิจกรรมจัดกระบวนการเตรียมความพร้อมการมีส่วนร่วม เป็นการ ถอดและพัฒนาคำความรู้เกี่ยวกับปัญหาเด็กพิการ และสังเคราะห์หลักไถ่และกระบวนการ การบริหารจัดการกำลังคนทางเลือก และประเมินผลลัพธ์การดำเนินโครงการเพื่อพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการจัดบริการฟื้นฟูฯ ด้วยกระบวนการเสริมพลังในระดับพื้นที่ 4 จังหวัด และการจัด เวทีประชุมสังเคราะห์ภาพรวมของสี่พื้นที่ในส่วนกลางและ

สี่ ตัดกิจกรรม การฝึกอบรม เพื่อพัฒนากำลังคนทางเลือก และกิจกรรมการจัดประชุม เพื่อติดตามปัญหาการดำเนินการและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่

ผลการดำเนินการดังกล่าว สรุปเป็นกิจกรรมเป็นภาพรวมดังนี้คือ

ตารางที่ 3.5 สรุปภาพรวมกิจกรรมของโครงการที่สาม

จังหวัด	จำนวนเด็กที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (คน)	การจัดเวทีคืบข้อมูลและวิเคราะห์รูปแบบบริการ (ครั้ง)	การจัดเวทีประชุมสังเคราะห์ภาพรวม (ครั้ง)
พะเยา	137	2 ครั้ง (7 สิงหาคม/ 14 กันยายน 2558)	1 ครั้ง (17 กันยายน 2558)
ลพบุรี	105	2 ครั้ง (3 สิงหาคม/ 8 กันยายน 2558)	
สงขลา	161	2 ครั้ง (มิถุนายน/ 24 กรกฎาคม 2558)	
กาฬสินธุ์	163	2 ครั้ง (6 กรกฎาคม/ 18 กันยายน 2558)	
ภาพรวม	566	8	1

ในภาพรวม มีเด็กที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งสิ้น 566 ราย หรือร้อยละ 67 ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทั้งหมด มีการจัดการประชุมเพื่อคืบข้อมูล วิเคราะห์ตรวจสอบผล และระดมความคิดในการพัฒนารูปแบบการบริการฟื้นฟูสุขภาพเด็กพิการกับพื้นที่ทั้งสิ้น 8 ครั้ง และการจัดการประชุมเพื่อวิเคราะห์ผลในภาพรวม 1 ครั้ง

กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับผู้ปกครองหรือพ่อแม่ของเด็ก และการสังเกตบ้านและสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวของเด็ก โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ กล้องถ่ายรูปและเทปบันทึกเสียงเป็นเครื่องมือ

การเยี่ยมบ้านจะทำโดยทีมวิจัย ด้วยความช่วยเหลือประสานงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อสม. และเจ้าหน้าที่และจากองค์การบริหารส่วนตำบล ในภาพรวมสามารถพบและสัมภาษณ์ครอบครัวของเด็กได้ร้อยละ 67 จากรายชื่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทั้งหมด 832 คน (ดูตารางที่ 3.6)

ตารางที่ 3.6 ร้อยละของเด็กที่ผิดปกติและได้รับการเยี่ยมบ้าน

จังหวัด	เด็กที่ได้รับการตรวจ (คน)	ร้อยละเด็กที่ตรวจพบ ความผิดปกติ* (คน)	ร้อยละเด็กที่ได้รับการ เยี่ยมบ้าน (คน)
กาฬสินธุ์	546	38.6 (211)	77 (163)
พะเยา	706	35.3 (249)	55 (137)
สงขลา	627	33.1 (208)	77 (161)
ลพบุรี	445	36.9 (164)	64 (105)
รวม	2,324	35.8 (832)	67 (566)
* รวมความผิดปกติทั้งหมด ทั้งที่เข้าข่ายและไม่เข้าข่ายนิยามความพิการตามกฎหมาย			

สำหรับการประชุมเพื่อการคืนข้อมูล เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อใช้เป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเด็กพิการ/ความผิดปกติของพัฒนาการในพื้นที่ที่จะวิเคราะห์สภาพปัญหาและค้นหาทางออกเกี่ยวกับรูปแบบการแก้ปัญหาาร่วมกัน การจัดเวทีคืนข้อมูลใช้สถานที่ของหน่วยงานต่างๆ เช่น ศูนย์การศึกษาพิเศษและเทศบาล (จังหวัดกาฬสินธุ์) องค์การบริหารส่วนตำบล (จังหวัดสงขลา) เทศบาลตำบล (จังหวัดพะเยา) และโรงพยาบาลอำเภอ (จังหวัดลพบุรี) ผู้เข้าร่วมประชุมในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วย บุคลากรด้านสาธารณสุข (รพ.สต./โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลจิตเวช) บุคลากรด้านการศึกษา (โรงเรียนประถมศึกษาในท้องถิ่น ผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนปัญญานุกูล ครูศูนย์การศึกษาพิเศษ) ผู้นำท้องถิ่น (นายกเทศมนตรี/นายก อบต. อาสาสมัครสาธารณสุข พระ ผู้ใหญ่บ้าน) และผู้ปกครองเด็กที่ได้รับการตรวจ จำนวนพื้นที่ละประมาณ 20 - 30 คน กระบวนการประชุมประกอบด้วยการนำเสนอผลการวิจัย ว่าด้วยสถานการณ์ของเด็กที่ได้รับการตรวจการคัดกรองความผิดปกติ และข้อมูลสถานะชีวิตเด็กที่พบความผิดปกติ/พิการ จากนั้นจึงเป็นการระดมความเห็นต่อปัญหา/ข้อมูล และการหาทางออกในการพัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลและฟื้นฟูเด็กที่มีปัญหา



การประชุมเวทีสังเคราะห์ภาพรวม เป็นเวทีที่จัดขึ้นเพื่อระดมความเห็นของนักวิชาการ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อการดูแลและฟื้นฟูสภาพเด็กพิการ มีผู้รับเชิญ เข้าร่วม 23 คน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็ก ด้านพัฒนาการเด็ก ผู้แทนสมาคมเด็กสมาธิสั้น สมาคมออทิสติกไทย แพทย์โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ และโครงการสุขภาพระหว่างประเทศ ฯลฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โครงการวิจัยที่ 3 ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (ผู้ให้บริการ ผู้ปกครอง ผู้นำในท้องถิ่น อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) การเยี่ยมสัมภาษณ์พ่อแม่/ผู้ปกครองเด็ก และ ข้อมูลจากการสนทนาจากเวทีสนทนา (คืนข้อมูล) การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นบทสัมภาษณ์และการสังเกต ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยใช้จากบันทึกสนทนาและเอกสารที่เป็นการถอดเสียง ที่บันทึก ข้อมูลจากการเยี่ยมสัมภาษณ์ครอบครัวเด็ก มีการวิเคราะห์เนื้อหาและเจเนนับการความถี่ และการกระจายด้วยร้อยละ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกบทสัมภาษณ์ของเด็พิการ เป็นแบบสอบถามข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย คำถามหลักดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานะสุขภาพของเด็ก และข้อมูลผลการตรวจ พัฒนาการทางสติปัญญาของแพทย์

2. ประวัติการเกิดและภูมิหลังครอบครัวของเด็ก (เด็กเป็นบุตร หลานของใคร พ่อ - แม่ คือใคร อายุเท่าใด มีญาติพี่น้องอยู่ที่ใดบ้าง เด็กมีปัญหากการเกิดหรือไม่ อย่างไร เช่น คลอดก่อนกำหนด คลอดน้ำหนักน้อย มีปัญหาหลังคลอด ฯลฯ เด็กมีญาติพี่น้องสายใดที่มีปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะด้านสติปัญญาหรือไม่ เป็นใคร อาการรุนแรงมากน้อยอย่างไร พ่อแม่แต่งงานกันในหมู่ญาติใกล้ชิดหรือไม่)

3. เด็กมีประวัติการเติบโตมาอย่างไร เกิดที่ใด ใครเลี้ยง พ่อแม้อยู่ด้วยกันหรือไม่ เด็กได้อยู่กับพ่อแม่หรือไม่ หากไม่อยู่ เพราะอะไร พ่อแม่มีการหย่าร้าง เสียชีวิต แยกกันอยู่หรือไม่

4. ปัจจุบันเด็กมีชีวิตอยู่กับใคร ยังสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพ่อแม่แท้ๆ หรือไม่ หากพ่อแม่แต่งงานใหม่ เด็กอยู่กับใคร หากพ่อแม่ไปทำงานที่อื่น พ่อแม่มีความสัมพันธ์กับเด็กอย่างไร

5. เด็กมีชีวิตประจำวันอย่างไร ใช้เวลาอย่างไร ตั้งแต่การตื่นนอนจนเข้านอน ใครดูแลเรื่องอาหารการกิน เสื้อผ้า การทำการบ้าน เด็กมีปัญหาวฤติกรรม เช่น ดื้อ ก้าวร้าว เก็บตัว ซี้เกียจ ติดเกม ชอบออกนอกบ้าน อ่านหนังสือไม่รู้เรื่อง ครูฟ้องบ่อย ฯลฯ หรือไม่

6. พ่อแม่/ผู้ปกครอง หรือญาติที่ดูแล เห็นว่าเด็กมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือไม่ หากไม่เป็น ทำไม หากเป็น มีปัญหาเรื่องระบบบริการหรือขอความช่วยเหลือหรือไม่ การไปพบแพทย์ มีปัญหาหรือไม่ โดยเฉพาะด้านเวลาและค่าใช้จ่าย มีใครที่จะสามารถขอคำปรึกษาได้หรือไม่

7. การที่แพทย์วินิจฉัยว่าเด็กในปกครองมีปัญหาด้านพัฒนาการ พ่อแม่/ผู้ปกครอง หรือญาติที่ดูแลคิดอย่างไร คิดว่าจะทำอะไรต่อ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

โครงการวิจัย อุปสงค์ อุปทาน และรูปแบบกำลังคนทางเลือกเพื่อตอบสนองการจัดบริการ การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ มีการดำเนินการแยกเป็นโครงการ 3 โครงการ ผลการศึกษา แต่ละโครงการมีดังต่อไปนี้

โครงการที่ 1 การศึกษาความต้องการต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม สุขภาพ และการศึกษาของเด็กพิการอายุ 2½ - 12 ปี

โครงการการศึกษาความต้องการต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม สุขภาพ และการศึกษาของเด็กพิการอายุ 2½ - 12 ปี มีวัตถุประสงค์หลักต้องการประมาณค่าจำนวน เด็กไทยในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ที่มีความพิการ ภาพรวม 7 ประเภทความพิการ โดยคณะผู้วิจัย ได้สุ่มตัวอย่างเด็กไทยในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี จากตำบล ตัวอย่าง 9 ตำบล ในจังหวัดตัวอย่าง 9 จังหวัด ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 6,334 คน ทำการตรวจวินิจฉัย ว่ามีความพิการหรือไม่ และถ้ามีความพิการ เป็นความพิการในด้านใด ช่วงเวลาดำเนินการระหว่าง วันที่ 20 ตุลาคม 2557 ถึง 27 กรกฎาคม 2558 ผลการศึกษานำเสนอตามลำดับต่อไปนี้

4.1 ผลการวินิจฉัยเกี่ยวกับความพิการที่ตรวจพบ จากจังหวัดตัวอย่าง 9 จังหวัด

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างเด็กไทยฯ ที่เข้ารับการตรวจ

4.1.2 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยฯ ที่มีความพิการ

4.1.3 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยฯ ที่พบความผิดปกติ แต่ไม่พิการ

4.2 ค่าประมาณจำนวนเด็กไทยฯ ที่มีความพิการทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

4.3 ผลการศึกษา เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างค่าประมาณจำนวนเด็กพิการ กับจำนวนเด็กพิการในพื้นที่ตรวจอย่างของฐานข้อมูลเด็กพิการของ 3 หน่วยงานคือ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติ (พก.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.)

4.4 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ การศึกษาความต้องการต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ

4.1 ผลการวิจัยเกี่ยวกับความพิการที่ตรวจพบ จากจังหวัดตัวอย่าง 9 จังหวัด

การตรวจวินิจฉัยเด็กไทยในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ของคณะผู้วิจัย มีจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาคลินิก จากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และสถาบันราชานุกูลเป็นผู้ตรวจวินิจฉัย จากตัวอย่างเด็กไทยฯ จำนวน 6,334 คน ที่เป็นตัวแทนเด็กไทยฯ ทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ มีชั้นภูมิเป็นภาค แยกเป็น 6 ภาค แต่ละภาค สุ่มตัวอย่างจังหวัดแต่ละจังหวัดตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างตำบล 1 ตำบลต่อหนึ่งจังหวัดแบบเจาะจง โดยเลือกตำบลที่มีขนาดตัวอย่างเพียงพอต่อความต้องการขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ และสะดวกต่อการเข้าถึงพื้นที่ และตรวจวินิจฉัยเด็กไทยในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ทุกคนในตำบลตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างที่ตรวจวินิจฉัยเทียบกับขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเป็นรายภาคและภาพรวมแสดงดังตาราง 4.1.1



ตารางที่ 4.1.1 ร้อยละขนาดตัวอย่างที่ตรวจวินิจฉัยเทียบกับขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ จำแนกตามภาค และภาพรวม

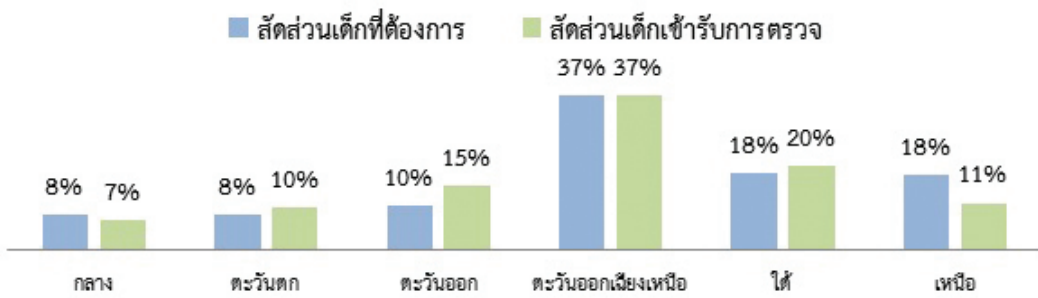
ภาค	จังหวัด	ตำบล	วันที่ลงพื้นที่	ขนาด ตัวอย่าง ขั้นต่ำ	ขนาด ตัวอย่าง ที่ได้จริง	% ขนาด ตัวอย่างที่ ได้จริงเทียบ กับขั้นต่ำ
กลาง	ลพบุรี	เขาน้อย	9 - 12 ธ.ค. 2557	489	442	90%
เหนือ	พะเยา	แม่กา	10 - 15 พ.ย. 2557	1,049	702	67%
ตะวันออกเฉียงเหนือ	กาฬสินธุ์	บัวบาน	13 - 17 ม.ค. 2558	2,185	2,333	>100%
	อุดรธานี	บ้านแดง	24 - 28 พ.ค. 2558			
	บุรีรัมย์	บ้านด่าน	3 - 7 ก.พ. 2558			
ตะวันออก	ระยอง	ตะพง	24 - 28 ก.พ. 2558	617	964	>100%
ตะวันตก	นครปฐม	บางระกำ	20 - 21, 27 - 28 ก.ค. 2558	492	628	>100%
ใต้	นครศรีธรรมราช	ลานสกา	8 - 12 มิ.ย. 2558	1,084	1,265	>100%
	สงขลา	นาหมอศรี	20 - 24 ต.ค. 2557			
รวม				5,916	6,334	>100%

จากตารางที่ 4.1.1 พบว่าร้อยละขนาดตัวอย่างที่ได้จริงเทียบกับขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ ในภาพรวมสูงกว่า ร้อยละ 100 เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า ภาคตะวันออก ภาคตะวันออก-เฉียงเหนือ ภาคตะวันตก และภาคใต้ ตรวจวินิจฉัยเด็กไทยฯ ได้จำนวนสูงกว่าที่ต้องการขั้นต่ำ ขณะที่ภาคกลางและภาคเหนือ ตรวจวินิจฉัยเด็กไทยฯ ได้จำนวนต่ำกว่าที่ต้องการขั้นต่ำ ในสัดส่วน 90% และ 67% ตามลำดับ

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างเด็กไทยฯ ที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัย

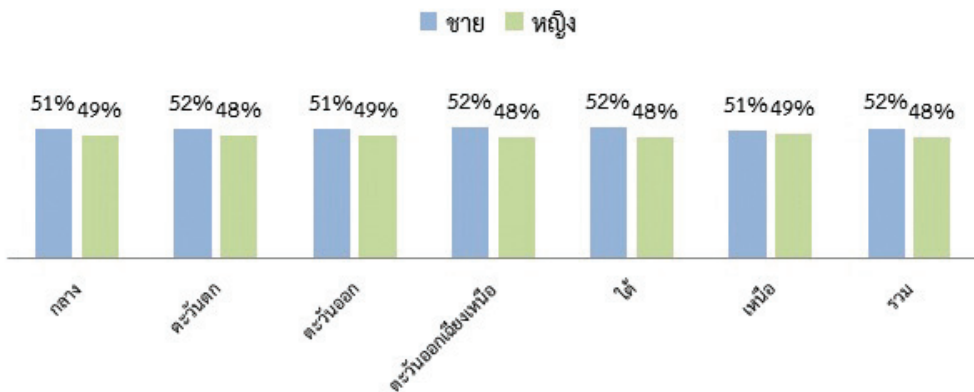
จากรูปที่ 4.1.1.1 พบว่าการกระจายตัวของตัวอย่างเด็กไทยในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ตามภาคต่างๆ มีสัดส่วนใกล้เคียงกับที่สัดส่วนเด็กไทยฯ ที่ต้องการขั้นต่ำ (กระจายตามขนาดประชากรไทยเด็กในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปีเป็นรายภาค) อาจจะมีแตกต่างกันบ้างที่ภาคเหนือ และภาคตะวันออก

ภาคเหนือต้องการเด็กไทยฯ ในสัดส่วน 18% ของทั้งประเทศ แต่ตรวจวินิจฉัยเด็กไทยฯ ในภาคเหนือ ได้เพียง 11% ของทั้งประเทศ ขณะที่ภาคตะวันออกต้องการเด็กไทยฯ ในสัดส่วน 10% ของทั้งประเทศ แต่ตรวจวินิจฉัยเด็กไทยฯ ในภาคตะวันออก ได้ถึง 15% ของทั้งประเทศ



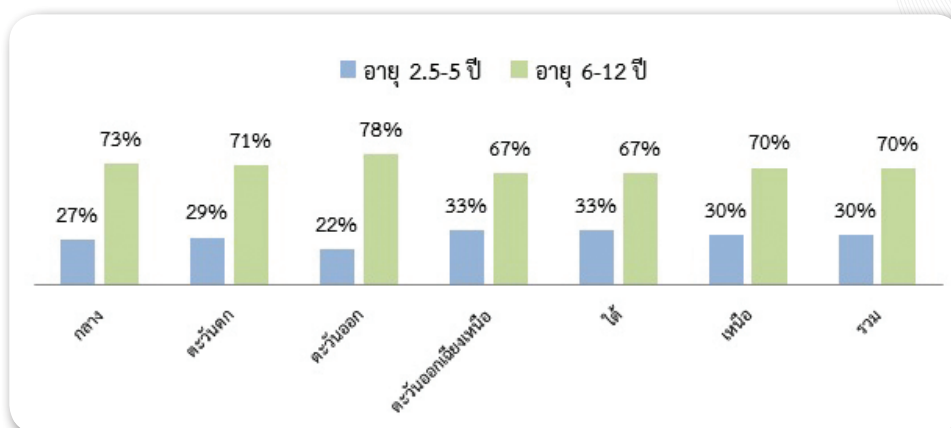
รูปที่ 4.1.1.1 ร้อยละของเด็กไทยในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และที่ต้องการขั้นต่ำ จำแนกตามภาค

จากรูปที่ 4.1.1.2 พบว่าภาพรวมทั้งประเทศ เด็กไทยฯ ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย เป็นเพศชาย 52% และเพศหญิง 48% เมื่อพิจารณาเป็นรายภาพ สัดส่วนเด็กไทยฯ ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย ของเพศชายเทียบกับเพศหญิง เป็นไปในลักษณะเดียวกับภาพรวมทั้งประเทศ



รูปที่ 4.1.1.2 ร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นรายภาค จำแนกตามเพศ

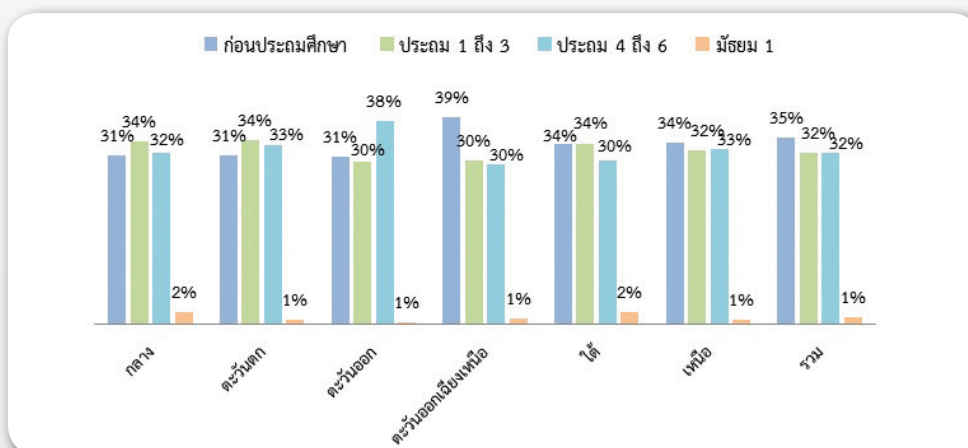
จากรูปที่ 4.1.1.3 พบว่าภาพรวมทั้งประเทศ เด็กไทยฯ ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย ส่วนใหญ่ อายุอยู่ในกลุ่มอายุ 6 ถึง 12 ปี 70% และอายุอยู่ในกลุ่มอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี 30% เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคทุกภาค เด็กไทยฯ ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย ส่วนใหญ่เป็นเด็กในกลุ่มอายุ 6 ถึง 12 ปี เป็นสัดส่วนใกล้เคียงกับภาพรวมทั้งประเทศ ยกเว้นภาคตะวันออก สัดส่วนเด็กไทยฯ ที่มีอายุอยู่ในกลุ่มอายุ 6 ถึง 12 ปี มี 78% สูงกว่าสัดส่วนเด็กไทยฯ ที่มีอายุอยู่ในกลุ่มอายุ 6 ถึง 12 ปีจากภาคอื่นๆ



รูปที่ 4.1.1.3 ร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเป็นรายภาค จำแนกตามกลุ่มอายุ

จากรูปที่ 4.1.1.4 พบว่าภาพรวมทั้งประเทศ เด็กไทยฯ ที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเรียนหนังสือกระจายกันไป 3 ระดับคือ ระดับก่อนประถมศึกษา ประถม 1 ถึงประถม 3 และประถม 4 ถึง ประถม 6 ในสัดส่วน 35% 32% และ 32% ตามลำดับ และมีเด็กไทยฯ ที่เรียนหนังสือในระดับมัธยม 1 สัดส่วน 1%

เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค สัดส่วนเด็กไทยฯ เกือบทั้งหมดกระจายกันไป 3 ระดับชั้นเรียนคือ ระดับก่อนประถมศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 และประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 แต่มีตัวเลขสัดส่วนสูงต่ำ แตกต่างกันไปในแต่ละภาค ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคใต้ และภาคเหนือ ตัวเลขสัดส่วนใน 3 ระดับชั้นเรียนข้างต้นมีค่าใกล้เคียงกันมาก หรือเกือบจะเท่าๆ กัน ขณะที่ภาคตะวันออก สัดส่วนเด็กไทยฯ ที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยมีสัดส่วนสูงสุด 38% อยู่ในระดับชั้นเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สัดส่วนเด็กไทยฯ ที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัย มีสัดส่วนสูงสุด 39% อยู่ในระดับชั้นเรียนก่อนประถมศึกษา



รูปที่ 4.1.1.4 ร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเป็นรายภาค จำแนกตามระดับชั้นเรียน

ตารางที่ 4.1.1.1 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัย เป็นรายภาค จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และระดับชั้นเรียน

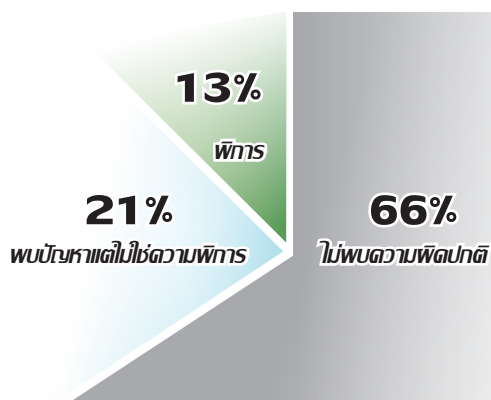
ลักษณะของตัวอย่าง	ภาค						
	กลาง	ตะวันตก	ตะวันออก	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	เหนือ	รวม
เพศ							
ชาย	226 51%	324 52%	494 51%	1,217 52%	658 52%	356 51%	3,275 52%
หญิง	216 49%	304 48%	470 49%	1,116 48%	607 48%	346 49%	3,059 48%
กลุ่มอายุ							
2.5 - 5 ปี	118 27%	180 29%	209 22%	765 33%	418 33%	209 30%	1,899 30%
6 - 12 ปี	316 73%	447 71%	742 78%	1,560 67%	847 67%	492 70%	4,404 70%
ไม่ระบุ (กลุ่มอายุ)	8	1	13	8		1	31
ระดับชั้นการศึกษา							
ก่อนประถมศึกษา	131 31%	197 31%	300 31%	889 39%	395 34%	233 34%	2,145 35%
ประถม 1 ถึง 3	142 34%	216 34%	292 30%	703 30%	394 34%	223 32%	1,970 32%
ประถม 4 ถึง 6	133 32%	209 33%	364 38%	687 30%	358 30%	225 33%	1,976 32%
มัธยม 1	10 2%	6 1%	5 1%	28 1%	27 2%	6 1%	82 1%
ไม่อยู่ในระบบโรงเรียน	0	0	0	18	3	0	21
ไม่ระบุ (ระดับชั้น)	26	0	3	8	88	15	140
รวม	442	628	964	2,333	1,265	702	6,334

4.1.2 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยฯ ที่มีความพิการ

การตรวจวินิจฉัยเด็กไทยฯ นั้น ผลการตรวจวินิจฉัยจะแยกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ พบความพิการ พบปัญหาแต่ไม่ใช่ความพิการ และไม่พบความผิดปกติ จากรูป 4.1.2.1 พบว่า ผลการตรวจวินิจฉัยเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี พบความพิการ 13% พบปัญหาแต่ไม่ใช่

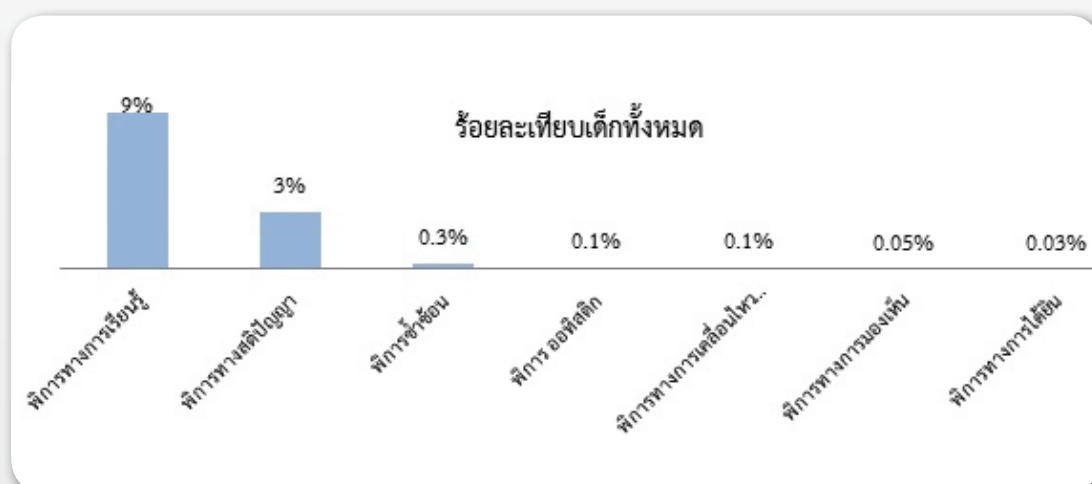


ความพิการ 21% และไม่พบความผิดปกติ 66% หรือคิดเป็นอัตราส่วนการพบความพิการ เทียบการไม่พบความพิการคือ 7 ต่อ 1 กล่าวคือ ทุก 8 คนของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี จะพบเด็กพิการ 1 คน



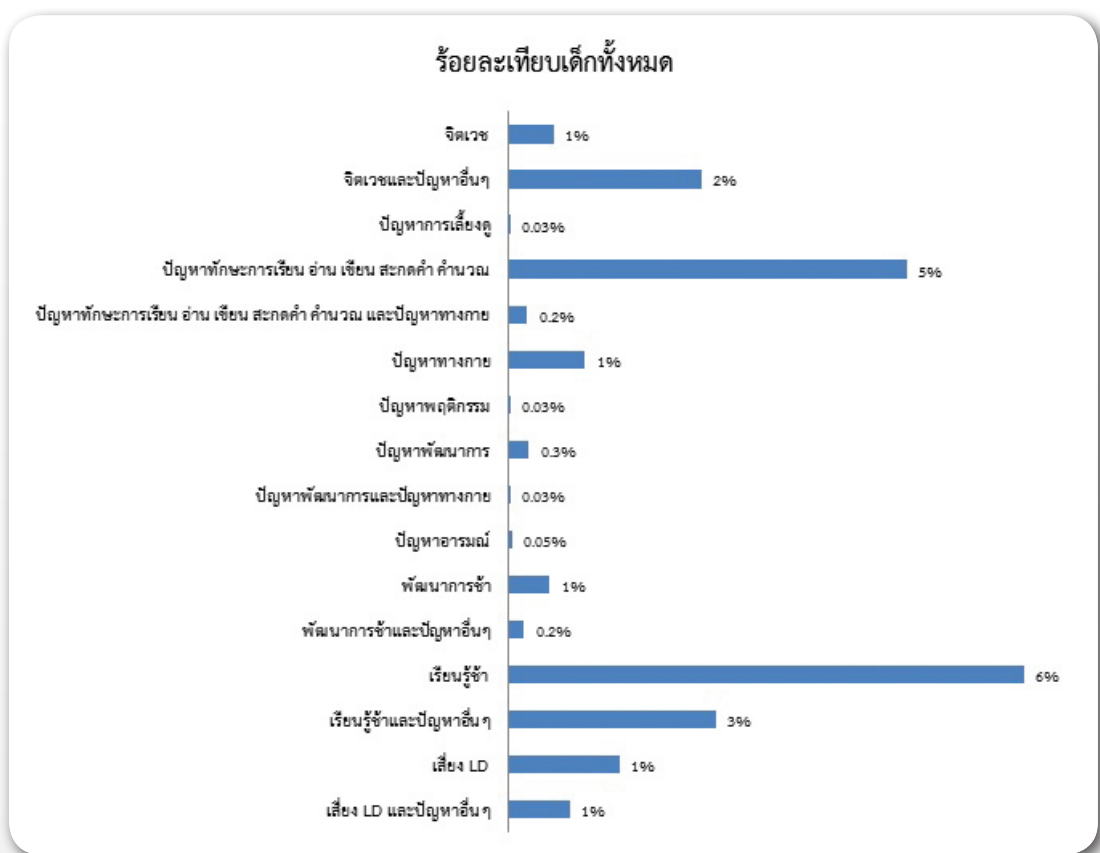
รูปที่ 4.1.2.1 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี จำแนกตามผลวินิจฉัย

เด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่มีผลตรวจวินิจฉัย พบความพิการ 13% เมื่อพิจารณาแยกประเภทความพิการ จากรูปที่ 4.1.2.2 พบว่า ความพิการทางการเรียนรู้สูงสุด 9% ของเด็กไทยฯ ที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัย รองลงมาคือ ความพิการทางสติปัญญา 3% พิการซ้ำซ้อน 0.3% พิการออทิสติก 0.1% พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย 0.1% พิการทางการมองเห็น 0.05% และพิการทางการได้ยิน 0.03%



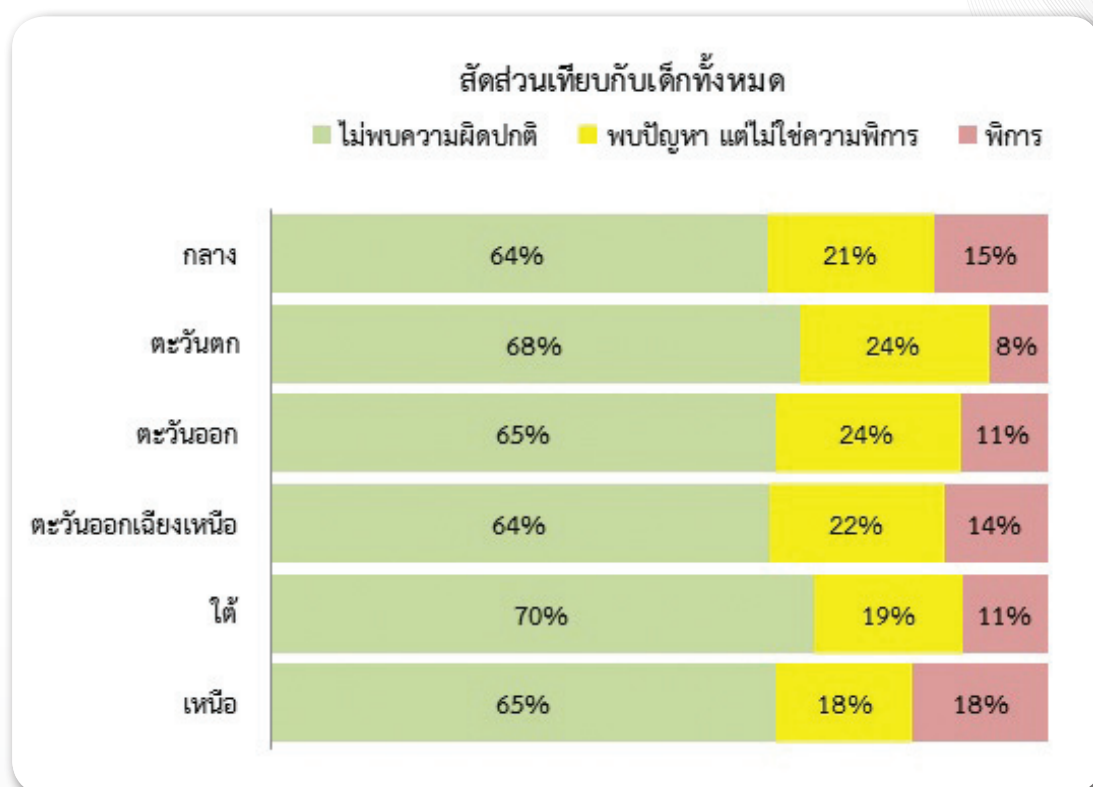
รูปที่ 4.1.2.2 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี จำแนกตามประเภทความพิการ

เด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่มีผลตรวจวินิจฉัยพบปัญหาแต่ไม่ใช่ความพิการ 21% เมื่อพิจารณาแยกตามลักษณะปัญหาที่พบ จากรูป 4.1.2.3 พบว่า มีปัญหาเรียนรู้ช้า สูงสุด 6% รองลงมาคือ ปัญหาทักษะการเรียนรู้ อ่าน เขียน สะกดคำ คำนวณ 5% เรียนรู้ช้า ร่วมกับปัญหาอื่นๆ 3% จิตเวชร่วมกับปัญหาอื่นๆ 2% เสี่ยง LD 1% ปัญหาทางกาย 1% เสี่ยง LD ร่วมกับปัญหาอื่นๆ 1% จิตเวช 1% พัฒนาการช้า 1% ปัญหาพัฒนาการ 0.3% ปัญหาทักษะการเรียนรู้ อ่าน เขียน สะกดคำ คำนวณ และปัญหาทางกาย 0.2% พัฒนาการช้าร่วมกับปัญหาอื่นๆ 0.2% ปัญหาอารมณ์ 0.05% ปัญหาการเลี้ยงดู 0.03% ปัญหาพฤติกรรม 0.03% และปัญหาพัฒนาการร่วมกับปัญหาทางกาย 0.03%



รูปที่ 4.1.2.3 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี
จำแนกตามลักษณะปัญหาที่พบ (แต่ไม่ใช่ความพิการ)

จากรูปที่ 4.1.2.4 เมื่อพิจารณาผลการตรวจวินิจฉัยเป็นรายภาคพบว่า ภาคเหนือ ตรวจวินิจฉัยพบความพิการในตัวอย่างเด็กไทยสูงสุด 18% รองลงมา ภาคกลาง 15% ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 14% ภาคตะวันออก 11% ภาคใต้ 11% และภาคตะวันตก 8%



รูปที่ 4.1.2.4 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายภาค
จำแนกตามผลการตรวจวินิจฉัย

จากรูปที่ 4.1.2.5 พิจารณาร้อยละเด็กไทยฯ เป็นรายภาค จำแนกตามประเภทความพิการ พบว่า ทุกภาคมีร้อยละเด็กพิการทางการเรียนรู้สูงสุด เมื่อเทียบกับประเภทพิการอื่นๆ รองลงมา คือ การพิการทางด้านสติปัญญา

ภาคเหนือ พบเด็กพิการทางการเรียนรู้ 15% พิการทางสติปัญญา 2%

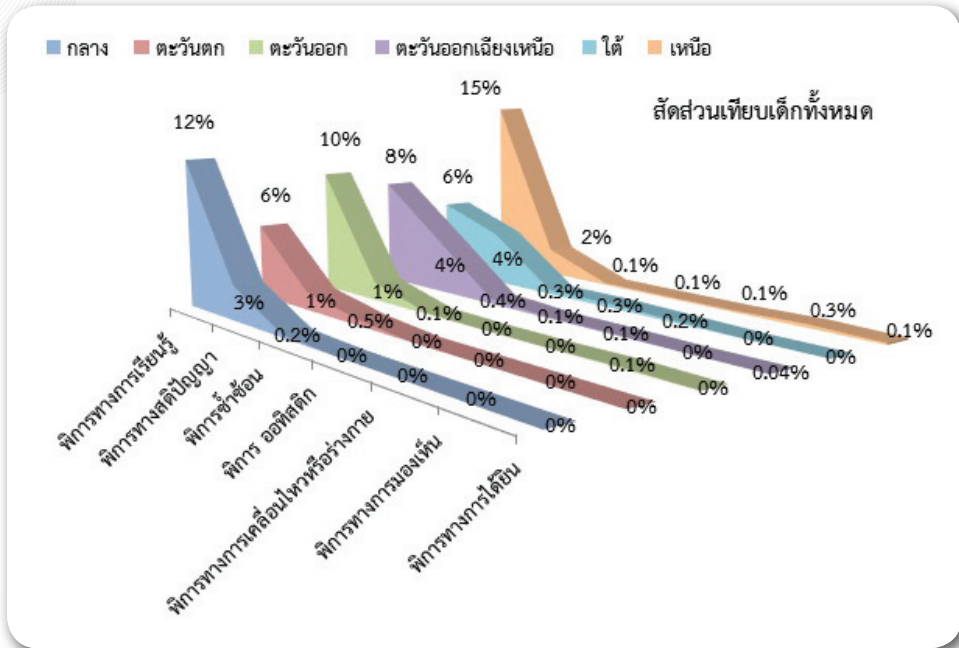
ภาคกลาง พบเด็กพิการทางการเรียนรู้ 12% พิการทางสติปัญญา 3%

ภาคตะวันออก พบเด็กพิการทางการเรียนรู้ 10% พิการทางสติปัญญา 1%

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบเด็กพิการทางการเรียนรู้ 8% พิการทางสติปัญญา 4%

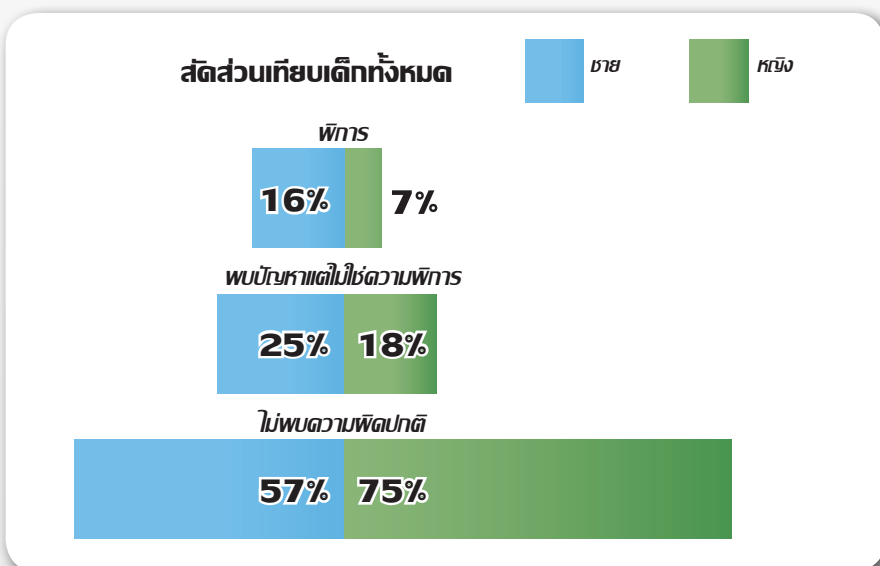
ภาคใต้ พบเด็กพิการทางการเรียนรู้ 6% พิการทางสติปัญญา 4%

ภาคตะวันตก พบเด็กพิการทางการเรียนรู้ 6% พิการทางสติปัญญา 1%



รูปที่ 4.1.2.5 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายภาค
จำแนกตามประเภทความพิการ

จากรูปที่ 4.1.2.6 เมื่อพิจารณาผลการตรวจวินิจฉัยเป็นรายเพศ เพศชายพบความพิการ และพบปัญหาแต่ไม่ใช่ความพิการสูงกว่าเพศหญิง กล่าวคือ เพศชายพบความพิการ 18% พบปัญหาแต่ไม่ใช่ความพิการ 25% ขณะที่เพศหญิงพบความพิการ 7% พบปัญหาแต่ไม่ใช่ความพิการ 18%



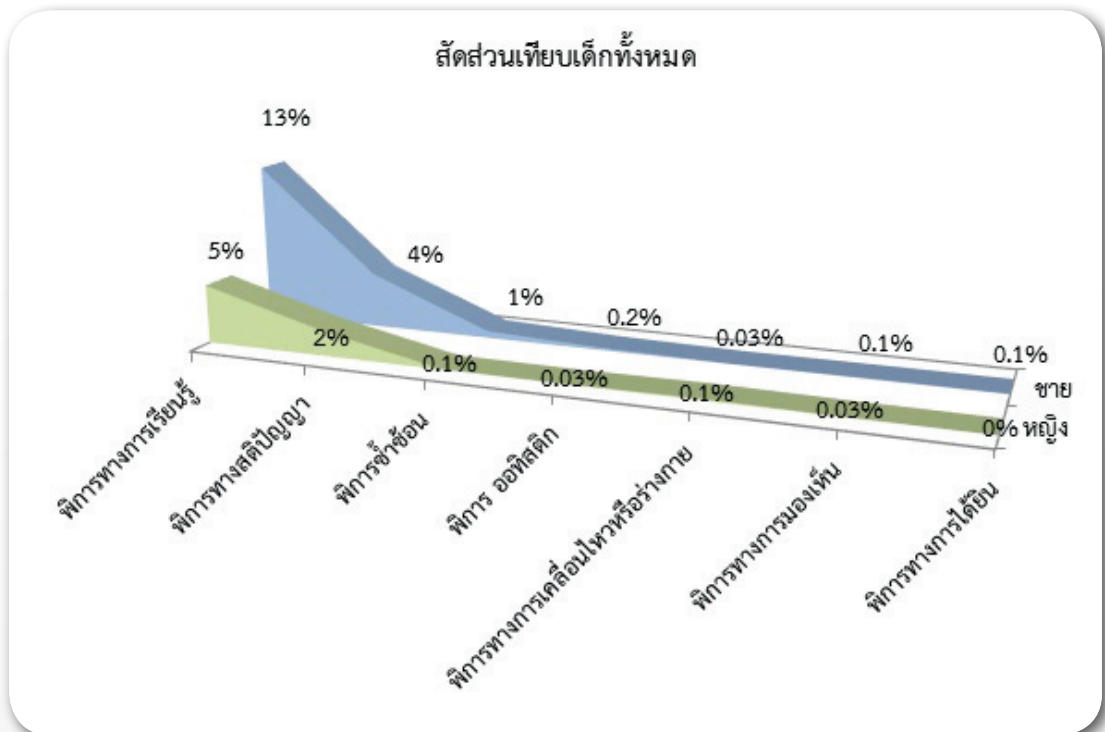
รูปที่ 4.1.2.6 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายเพศ
จำแนกตามผลการตรวจวินิจฉัย



จากรูปที่ 4.1.2.7 พิจารณาร้อยละของเด็กไทยฯ เป็นรายเพศ จำแนกตามประเภทความพิการ พบว่า ทุกเพศมีร้อยละเด็กพิการทางการเรียนรู้สูงสุด เมื่อเทียบกับประเภทพิการอื่นๆ รองลงมา คือ ความพิการทางด้านสติปัญญา

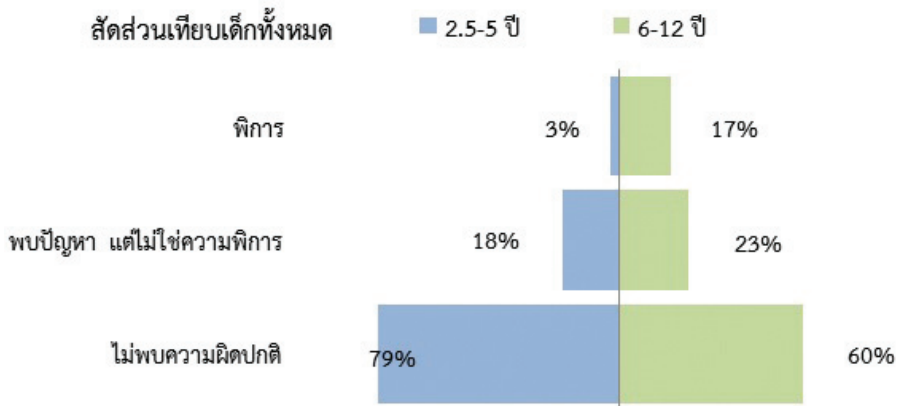
เพศชาย พบเด็กพิการทางการเรียนรู้ 13% พิการทางสติปัญญา 4%

เพศหญิง พบเด็กพิการทางการเรียนรู้ 5% พิการทางสติปัญญา 2%



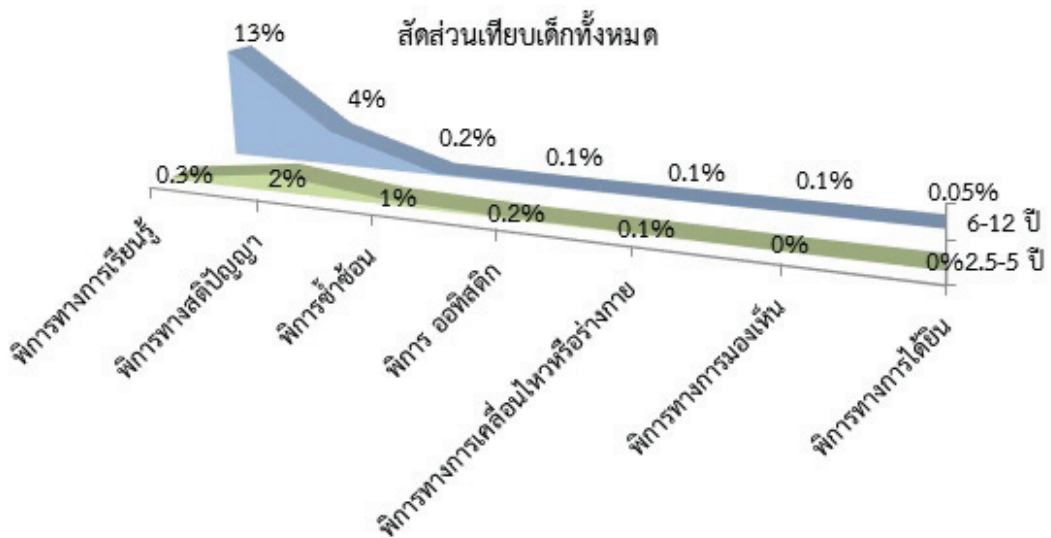
รูปที่ 4.1.2.7 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายเพศ
จำแนกตามประเภทความพิการ

จากรูปที่ 4.1.2.8 เมื่อพิจารณาผลการตรวจวินิจฉัยเป็นรายกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 6 ปีถึง 12 ปี พบความพิการและพบปัญหาแต่ไม่ใช่ความพิการสูงกว่ากลุ่มอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี (เนื่องจากการตรวจวินิจฉัยความพิการในเด็กโตทำได้ชัดเจนกว่าเด็กเล็ก) กล่าวคือกลุ่มอายุ 6 ปีถึง 12 ปี พบความพิการ 17% พบปัญหาแต่ไม่ใช่ความพิการ 23% ขณะที่กลุ่มอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี พบความพิการ 3% พบปัญหาแต่ไม่ใช่ความพิการ 18%

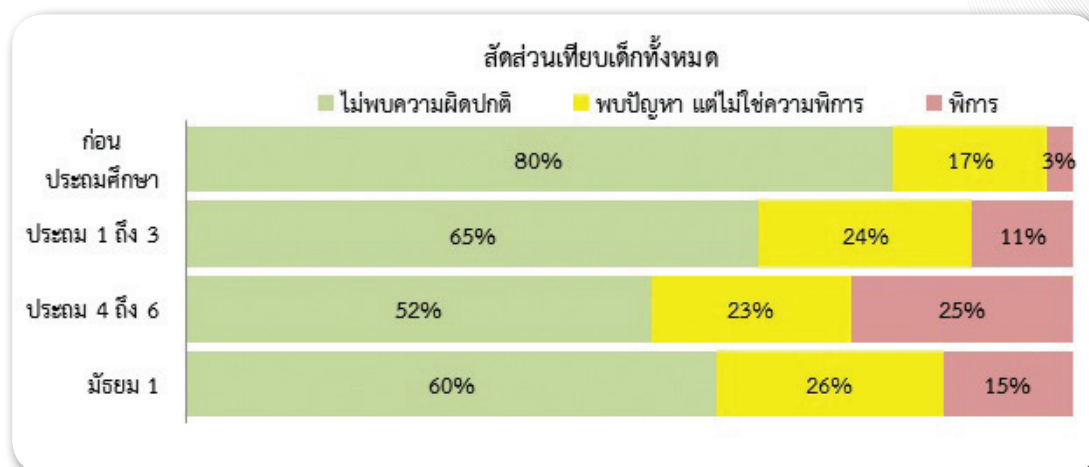


รูปที่ 4.1.2.8 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายกลุ่มอายุ
จำแนกตามผลการตรวจวินิจฉัย

จากรูปที่ 4.1.2.9 พิจารณาร้อยละของเด็กไทยๆ เป็นรายกลุ่มอายุ จำแนกตามประเภทความพิการ กลุ่มอายุ 6 ถึง 12 ปี พบสัดส่วนเด็กไทยๆ พิการทางการเรียนรู้สูงสุด 13% รองลงมา พิการทางสติปัญญา 4% ขณะที่กลุ่มอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี พบสัดส่วนเด็กไทยๆ พิการทางสติปัญญาสูงสุด 2% รองลงมาคือ พิการซ้ำซ้อน 1%

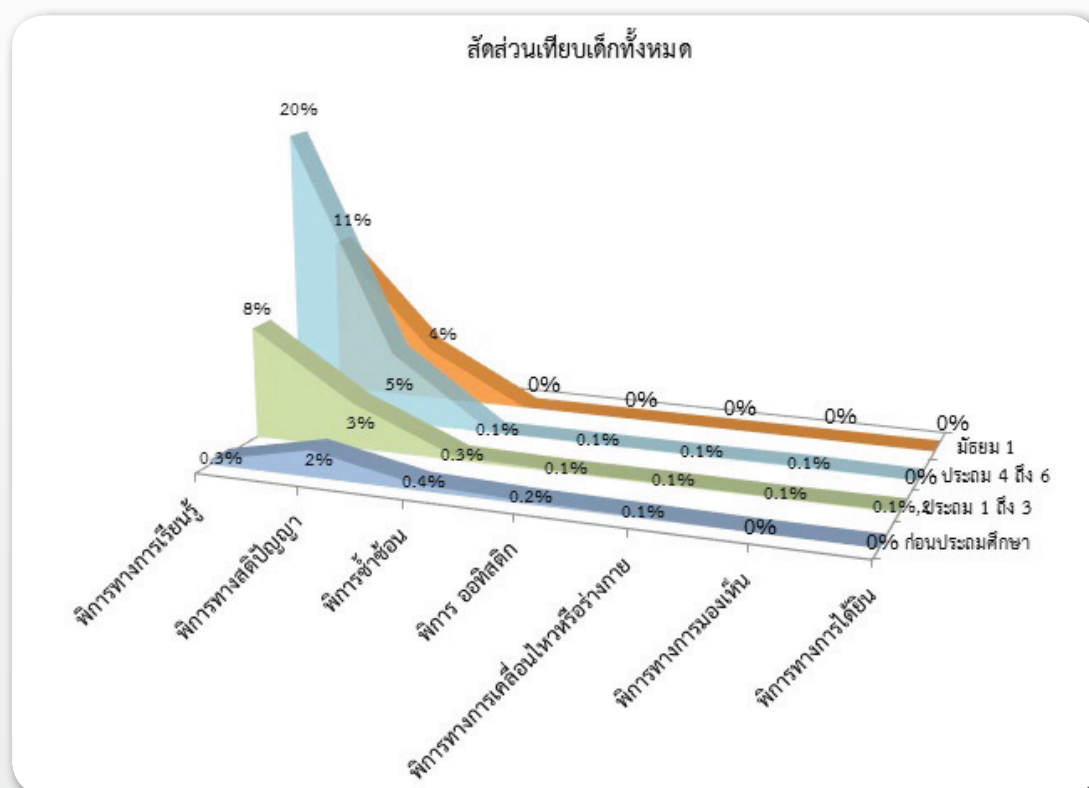


รูปที่ 4.1.2.9 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายกลุ่มอายุ
จำแนกตามประเภทความพิการ



รูปที่ 4.1.2.10 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายระดับชั้นเรียน
จำแนกตามผลการตรวจวินิจฉัย

จากรูปที่ 4.1.2.10 เมื่อพิจารณาผลการตรวจวินิจฉัยเป็นรายระดับชั้นเรียน ประถม 4 ถึง 6 พบความพิจารณาสูงสุด 25% รองลงมาคือ มัธยม 1 พบความพิจารณา 15% ประถม 1 ถึง 3 พบความพิจารณา 11% และระดับก่อนประถมศึกษา พบความพิจารณา 3%



รูปที่ 4.1.2.11 จำนวนและร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายระดับชั้นเรียน
จำแนกตามประเภทความพิจารณา

จากรูปที่ 4.1.2.11 พิจารณาร้อยละเด็กไทยฯ เป็นรายระดับชั้นเรียน จำแนกตามประเภทความพิการ พบว่า

ระดับก่อนประถมศึกษา พบเด็กพิการทางสติปัญญา 2% พิกัดซ้ำซ้อน 0.4%

ระดับประถมศึกษา 1 ถึง 3 พบเด็กพิการทางการเรียนรู้ 8% พิกัดทางสติปัญญา 3%

ระดับประถมศึกษา 4 ถึง 6 พบเด็กพิการทางการเรียนรู้ 20% พิกัดทางสติปัญญา 5%

ระดับมัธยม 1 พบเด็กพิการทางการเรียนรู้ 11% พิกัดทางสติปัญญา 4%

4.2 ค่าประมาณจำนวนเด็กไทยฯ ที่มีความพิการทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

การประมาณจำนวนเด็กไทยในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่มีความพิการทั่วประเทศ โดยแผนการประมาณค่า จะทำการโดยใช้วิธีการประมาณค่าด้วยตัวประมาณค่าอัตราส่วน (Ratio Estimator) โดยมีตัวแปรศึกษา (y) เป็นจำนวนเด็กพิการที่ตรวจพบในพื้นที่ตัวอย่าง และตัวแปรช่วย (Auxiliary Variable) คือจำนวนเด็กพิการตามฐานข้อมูลของหน่วยงาน กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) ในพื้นที่ตัวอย่าง แต่เนื่องจากจำนวนเด็กพิการตามฐานข้อมูลของหน่วยงานทั้ง 3 แห่งในพื้นที่ตัวอย่างที่เป็นพื้นที่ระดับตำบล มีตัวแปรช่วยที่มีค่าเป็นศูนย์ จึงไม่สามารถประมาณค่าจำนวนเด็กไทยในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่มีความพิการทั่วประเทศ โดยวิธีการดังกล่าวได้

ผู้วิจัยจึงได้ใช้การประมาณค่าจำนวนรวมของประชากรเด็กไทยในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ที่มีความพิการ สำหรับการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิที่มีชั้นภูมิเป็นภาค จำนวน 6 ภาค โดยแยกการประมาณค่าตามประเภทความพิการ ได้แก่ 1. ความพิการทางการเห็น 2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5. ความพิการทางสติปัญญา 6. ความพิการทางการเรียนรู้ และ 7. ความพิการออทิสติก 8. ความพิการซ้ำซ้อน และแยกตามกลุ่มอายุคือ เด็กอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี และอายุ 6 ปี ถึง 12 ปี

เหตุที่ต้องแยกการประมาณค่า ตามประเภทความพิการ เนื่องจากว่าแต่ละประเภทความพิการมีสัดส่วนพบเด็กพิการที่แตกต่างกัน และเหตุที่ต้องแยกการประมาณค่า ตามกลุ่มอายุ เนื่องจากในกรณีเด็กอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี การตรวจวินิจฉัยความพิการในบางประเภทความพิการ เช่น การพิการทางการเรียนรู้ เป็นต้น ทำได้ยาก เนื่องจากอาการของเด็กยังไม่ชัดเจนพอที่จะตรวจวินิจฉัยได้ ซึ่งต่างจากเด็กอายุ 6 ปีถึง 12 ปี ที่มีความชัดเจนในการแสดงอาการมากกว่า



กรณีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ไม่พบเด็กพิการประเภทนี้ในการตรวจวินิจฉัยภาคสนามทั้งสองกลุ่มอายุ เท่ากับว่า ค่าประมาณความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมมีค่าเป็นศูนย์

การประมาณจำนวนเด็กไทยในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี ที่มีความพิการประเภทต่างๆ

ข้อมูลที่ใช้สำหรับการประมาณค่าจำนวนเด็กพิการแต่ละประเภทความพิการเป็นรายภาค ประกอบด้วย

- จำนวนเด็กพิการที่ตรวจพบในพื้นที่ตัวอย่าง
- ขนาดตัวอย่างของชั้นภูมิ (ภาค)
- ขนาดประชากรของชั้นภูมิ (ภาค)

ข้อมูลแสดงในตารางที่ 4.2.1

ตารางที่ 4.2.1 ข้อมูลที่ใช้ในการประมาณค่าจำนวนเด็กพิการ สำหรับเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี

ภาค	จำนวนเด็กไทยในช่วงอายุ 2½ ปีถึง 5 ปี	ขนาดตัวอย่าง	จำนวนเด็กพิการที่ตรวจพบในพื้นที่ตัวอย่าง แยกตามประเภทความพิการ						
			ทางการเรียนรู้	ทางสติปัญญา	ออทิสติก	ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย	ทางการได้ยิน	ทางการมองเห็น	ซ้ำซ้อน
กลาง	206,193	118	0	0	0	0	0	0	0
ตะวันตก	207,714	180	0	2	0	0	0	0	1
ตะวันออก	265,512.5	209	0	2	0	0	0	0	0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	909,529	765	2	18	0	1	0	0	4
ใต้	471,526	418	1	9	3	0	0	0	4
เหนือ	435,794.5	209	2	5	0	1	0	0	1

หมายเหตุ : จำนวนเด็กไทยในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี มาจากจำนวนเด็กไทยตามฐานข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ธันวาคม 2556

จำนวนเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งแต่ไม่ถึง 3 ปี คำนวณจากจำนวนเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีหารด้วย 2

ตัวอย่าง การประมาณค่าจำนวนเด็กพิการทางการเรียนรู้ของภาคใต้ ทำได้ดังนี้

$$\text{ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการทางการเรียนรู้ ของภาคใต้} = N_{\text{ภาคใต้}} \times \frac{a_{\text{ทางการเรียนรู้ ภาคใต้}}}{n_{\text{ภาคใต้}}}$$

เมื่อ $N_{\text{ภาคใต้}}$ คือ 471,526 คน $a_{\text{ทางการเรียนรู้ ภาคใต้}} = 1$ และ $n_{\text{ภาคใต้}} = 128$ คน

$$\text{ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการทางการเรียนรู้ ของภาคใต้} = 471,526 \times \frac{1}{128} = 1,128 \text{ คน}$$

และค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรายภาค แยกประเภทความพิการ และจำนวนรวมเด็กพิการทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) แสดงอยู่ในตาราง 4.2.2

ตารางที่ 4.2.2 ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรายภาคและทั้งประเทศ แยกประเภทความพิการ สำหรับเด็กไทยอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี

ภาค	ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรายภาค แยกตามประเภทความพิการ							
	ทางการเรียนรู้	ทางสติปัญญา	ออทิสติก	ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย	ทางการได้ยิน	ทางการมองเห็น	ซ้ำซ้อน	รวม
กลาง	0	0	0	0	0	0	0	0
ตะวันตก	0	2,308	0	0	0	0	1,154	3,462
ตะวันออก	0	2,541	0	0	0	0	0	2,541
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,378	21,401	0	1,189	0	0	4,756	29,723
ใต้	1,128	10,152	3,384	0	0	0	4,512	19,177
เหนือ	4,170	10,426	0	2,085	0	0	2,085	18,766
รวมทั้งประเทศ (ไม่รวม กทม.)	7,676	46,828	3,384	3,274	0	0	12,507	73,669

เด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี ทั่วประเทศ จำนวน 2,496,269 คน ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรวมทุกประเภท 73,669 คน หรือคิดเป็น 3% เมื่อแยกเป็นแต่ละประเภทความพิการพบว่า

พิการทางสติปัญญา มีค่าประมาณ 46,828 คน หรือคิดเป็น 1.9%

พิการซ้ำซ้อน มีค่าประมาณ 12,507 คน หรือคิดเป็น 0.5%

พิการทางการเรียนรู้ มีค่าประมาณ 7,676 คน หรือคิดเป็น 0.3%

พิการออทิสติก มีค่าประมาณ 3,384 คน หรือคิดเป็น 0.1%



พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย 3,274 คน หรือคิดเป็น 0.1%

พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ค่าประมาณเป็นศูนย์

การประมาณจำนวนเด็กไทยในช่วงอายุ 6 ปีถึง 12 ปี ที่มีความพิการประเภทต่างๆ

ข้อมูลที่ใช้สำหรับการประมาณค่าจำนวนเด็กพิการแต่ละประเภทความพิการ เป็นรายภาค ประกอบด้วย

- จำนวนเด็กพิการที่ตรวจพบในพื้นที่ตัวอย่าง
- ขนาดตัวอย่างของชั้นภูมิ (ภาค)
- ขนาดประชากรของชั้นภูมิ (ภาค)

ข้อมูลแสดงในตาราง 4.2.3

ตารางที่ 4.2.3 ข้อมูลที่ใช้ในการประมาณค่าจำนวนเด็กพิการ สำหรับเด็กไทยช่วงอายุ 6 ปีถึง 12 ปี

ภาค	จำนวนเด็กไทยในช่วงอายุ 6 ปีถึง 12 ปี	ขนาดตัวอย่าง	จำนวนเด็กพิการที่ตรวจพบในพื้นที่ตัวอย่าง แยกตามประเภทความพิการ						
			ทางการเรียนรู้	ทางสติปัญญา	ออทิสติก	ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย	ทางการได้ยิน	ทางการมองเห็น	ซ้ำซ้อน
กลาง	423,443	316	52	12	0	0	0	0	1
ตะวันตก	425,790	447	37	7	0	0	0	0	2
ตะวันออก	529,705	742	93	12	0	0	0	1	1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,907,721	1,560	195	86	2	1	1	0	6
ใต้	925,550	847	76	44	1	2	0	0	0
เหนือ	915,541	492	100	10	1	0	1	2	0

หมายเหตุ : จำนวนเด็กไทยในช่วงอายุ 6 ปีถึง 12 ปี มาจากจำนวนเด็กไทยตามฐานข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ธันวาคม 2556

ตัวอย่าง การประมาณค่าจำนวนเด็กพิการทางการเรียนรู้ ของภาคตะวันออก ทำได้ดังนี้

$$\text{ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการทางการเรียนรู้ ของภาคตะวันออก} = N_{\text{ภาคตะวันออก}} \times \frac{a_{\text{ทางการเรียนรู้ ภาคตะวันออก}}}{n_{\text{ภาคตะวันออก}}}$$

เมื่อ $N_{\text{ภาคตะวันออก}}$ คือ 529,705 คน $a_{\text{ทางการเรียนรู้ ภาคตะวันออก}}$ = 93 และ $n_{\text{ภาคตะวันออก}}$ = 742

$$\text{ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการทางการเรียนรู้ ของภาคตะวันออก} = 529,705 \times \frac{93}{742} = 66,392 \text{ คน}$$

และค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรายภาค แยกประเภทความพิการ และจำนวนรวมเด็กพิการทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) แสดงอยู่ในตาราง 4.2.4

ตารางที่ 4.2.4 ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรายภาคและทั้งประเทศ แยกประเภทความพิการ
สำหรับเด็กไทยอายุ 6 ปีถึง 12 ปี

ภาค	ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรายภาค แยกตามประเภทความพิการ							
	ทางการเรียนรู้	ทางสติปัญญา	ออทิสติก	ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย	ทางการได้ยิน	ทางทรงตัวมองเห็น	ซับซ้อน	รวม
กลาง	69,680	16,080	0	0	0	0	1,340	87,101
ตะวันตก	35,244	6,668	0	0	0	0	1,905	43,817
ตะวันออก	66,392	8,567	0	0	0	714	714	76,386
ตะวันออกเฉียงเหนือ	238,465	105,169	2,446	1,223	1,223	0	7,337	355,863
ใต้	83,048	48,081	1,093	2,185	0	0	0	134,407
เหนือ	186,086	18,609	1,861	0	1,861	3,722	0	212,138
รวมทั้งประเทศ (ไม่รวม กทม.)	678,915	203,173	5,399	3,408	3,084	4,436	11,296	909,712

เด็กไทยช่วงอายุ 6 ปีถึง 12 ปี ทั่วประเทศ จำนวน 5,127,750 คน ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรวมทุกประเภท 909,712 คน หรือคิดเป็น 18% เมื่อแยกเป็นแต่ละประเภทความพิการ พบว่า

พิการทางการเรียนรู้ มีค่าประมาณ 678,915 คน หรือคิดเป็น 13%

พิการทางสติปัญญา มีค่าประมาณ 203,173 คน หรือคิดเป็น 4%

พิการซับซ้อน มีค่าประมาณ 11,296 คน หรือคิดเป็น 0.2%

พิการออทิสติก มีค่าประมาณ 5,399 คน หรือคิดเป็น 0.1%

พิการทางการมองเห็น มีค่าประมาณ 4,436 คน หรือคิดเป็น 0.1%

พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย 3,408 คน หรือคิดเป็น 0.07%

พิการทางการได้ยิน 3,084 คน หรือคิดเป็น 0.06%

พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ค่าประมาณเป็นศูนย์

การประมาณจำนวนเด็กไทยในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี (รวมทั้งสองช่วงอายุ) ที่มีความพิการประเภทต่างๆ

ค่าประมาณจำนวนเด็กไทยในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี คือผลรวมของค่าประมาณจำนวนเด็กไทยในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 5 ปี และค่าประมาณจำนวนเด็กไทยในช่วงอายุ 6 ปีถึง 12 ปี ดังแสดงในตารางที่ 4.2.5



ตารางที่ 4.2.5 ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรายภาคและทั้งประเทศ แยกประเภทความพิการ
สำหรับเด็กไทยอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี

ภาค	ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรายภาค แยกตามประเภทความพิการ							
	ทางการเรียนรู้	ทางสติปัญญา	ออทิสติก	ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย	ทางการได้ยิน	ทางการมองเห็น	เข้าซ้อน	รวม
กลาง	69,680	16,080	0	0	0	0	1,340	87,101
ตะวันตก	35,244	8,976	0	0	0	0	3,059	47,279
ตะวันออก	66,392	11,107	0	0	0	714	714	78,927
ตะวันออกเฉียงเหนือ	240,843	126,570	2,446	2,412	1,223	0	12,093	385,587
ใต้	84,176	58,233	4,477	2,185	0	0	4,512	153,584
เหนือ	190,256	29,034	1,861	2,085	1,861	3,722	2,085	230,904
รวมทั้งประเทศ (ไม่รวม กทม.)	686,592	250,001	8,784	6,682	3,084	4,436	23,803	983,381

สรุป เด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ทั่วประเทศ จำนวน 7,624,019 คน ค่าประมาณจำนวนเด็กพิการรวมทุกประเภท 983,381 คน หรือคิดเป็น 13% เมื่อแยกเป็นแต่ละประเภทความพิการ พบว่า

พิการทางการเรียนรู้ มีค่าประมาณ 686,592 คน หรือคิดเป็น 9%

พิการทางสติปัญญา มีค่าประมาณ 250,001 คน หรือคิดเป็น 3%

พิการเข้าซ้อน มีค่าประมาณ 23,803 คน หรือคิดเป็น 0.3%

พิการออทิสติก มีค่าประมาณ 8,784 คน หรือคิดเป็น 0.1%

พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย 6,682 คน หรือคิดเป็น 0.09%

พิการทางการมองเห็น มีค่าประมาณ 4,436 คน หรือคิดเป็น 0.06%

พิการทางการได้ยิน 3,084 คน หรือคิดเป็น 0.04%

พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ค่าประมาณเป็นศูนย์

4.3 ผลการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างค่าประมาณจำนวนเด็กพิการกับจำนวนเด็กพิการในพื้นที่ตรวจอย่างจวนฐานข้อมูลเด็กพิการจวน 3 หน่วยงานคือ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.)

การศึกษาค้นคว้าความต้องการต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม สุขภาพ และการศึกษาของเด็กพิการอายุ 2½ - 12 ปี ในงานวิจัยชิ้นนี้ มุ่งเน้นที่จะประมาณจำนวนเด็กพิการรวมทั้งประเทศในแต่ละประเภทความพิการ โดยมีทีมจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาตรวจสอบวินิจฉัยเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปีทุกคนในพื้นที่ตัวอย่าง และได้ปรากฏผลการประมาณค่าจำนวนเด็กพิการรวมทั้งประเทศ 983,381 คน หรือคิดเป็น 13% ของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปีทั้งหมด

เมื่อพิจารณาจำนวนเด็กพิการตามฐานข้อมูลของภาครัฐ ใน 3 หน่วยงาน คือ

1. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) เป็นข้อมูลสถิติคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ช่วงอายุ 2 - 12 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2557 ข้อมูล ณ วันที่ 26 มิถุนายน 2558 (ข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ)

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นข้อมูลจำนวนเด็กพิการที่ได้มีการลงทะเบียนผู้พิการ อายุระหว่าง 2 ปีครึ่ง - 12 ปี จำแนกตามประเภทความพิการ ณ เดือนกันยายน 2557

3. กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) เป็นข้อมูลจำนวนนักเรียนพิการอายุระหว่าง 2 ปีครึ่ง - 12 ปี จำแนกตามประเภทความพิการ ข้อมูล ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2557 ประมวลผล ณ วันที่ 30 เมษายน 2558 ข้อมูลได้รับจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) โดยกลุ่มพัฒนาระบบสารสนเทศ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

พบว่าจำนวนเด็กพิการในช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี มีความแตกต่างกันในเชิงปริมาณอย่างชัดเจนของทั้ง 4 แหล่งข้อมูล คือ จำนวนเด็กพิการที่ประมาณค่าได้ของโครงการ จำนวนเด็กพิการที่ได้รับจาก 3 หน่วยงาน ดังแสดงในตารางที่ 4.3.1



ตาราง 4.3.1 จำนวนเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี รายแหล่งข้อมูล จำแนกตามประเภทความพิการ

แหล่งข้อมูล	พิการ ออทิสติก	พิการ ช้าซ้อน	พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย	พิการทางการได้ยิน	พิการทางการมองเห็น	พิการทางการเรียนรู้	พิการทางสติปัญญา	ความพิการทางพฤติกรรมและอารมณ์	รวม
งานวิจัย	8,784	23,803	6,682	3,084	4,436	686,952	250,010	0	983,381
ศธ.	2,737	3,482	4,628	1,454	1,539	67,373	8,895	2,507	92,615
พก.	2,619	12,528	4,531	4,483	1,957	1,104	12,176	537	39,935
สปสช.	73	12,342	10,626	6,499	1,992	1,567	n/a	2,962	36,061

หมายเหตุ : ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

จากตารางที่ 4.3.1 จำนวนเด็กพิการรวมทั้งประเทศ ในงานวิจัยมีค่าประมาณสูงกว่าจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศของ ศธ. พก. และ สปสช. ถึง 10.6 เท่า 24.6 เท่า และ 27.3 เท่า ตามลำดับ ซึ่งเป็นเพราะวิธีการเข้าถึงเด็กพิการมีความแตกต่างกัน ในงานวิจัย คณะผู้วิจัยตรวจวินิจฉัยเด็กทุกคนในตำบล โดยใช้โรงเรียนเป็นฐานในตรวจวินิจฉัย (ยกเว้นที่จังหวัดสงขลา ใช้ อบต. นาหมอศรี เป็นฐานในการตรวจวินิจฉัย) ซึ่งเด็กที่ไม่ได้ไปโรงเรียนหรือไม่เข้าระบบโรงเรียนทางผู้ประสานงานในพื้นที่ได้ตามตัวผู้ปกครองให้พาเด็กไปตรวจ ณ จุดตรวจ โดยมีจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาตรวจวินิจฉัย จึงทำให้พบเด็กพิการมากกว่าฐานข้อมูลอื่น โดยเฉพาะเด็กพิการทางการเรียนรู้ และเด็กพิการทางสติปัญญา ขณะที่ฐานข้อมูลของหน่วยงานอื่นๆ ต้องอาศัยผู้ปกครองพาเด็กไปตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อนำผลตรวจวินิจฉัยมาขึ้นทะเบียนขอมีบัตรประจำตัวคนพิการหรือพยายามใช้เครื่องมือที่มีอยู่ในพื้นฐานคัดกรอง แต่อาจไม่ใช่เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมากนัก อีกทั้งยังอาจมีปัญหาเรื่องความร่วมมือของผู้ปกครอง ทำให้มีจำนวนเด็กพิการของฐานข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐแตกต่างจากจำนวนเด็กพิการที่ได้จากงานวิจัยเป็นอย่างมาก

เมื่อพิจารณาร้อยละเด็กพิการแต่ละประเภท เทียบกับเด็กพิการทั้งหมดของแต่ละแหล่งข้อมูลในตารางที่ 4.3.2 พบว่า ข้อมูลจากงานวิจัยจะตรวจพบเด็กพิการทางการเรียนรู้ และพิการทางสติปัญญา ในสัดส่วน 70% และ 25% ของเด็กพิการทั้งหมด สะท้อนให้เห็นว่าการมีจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาพร้อมเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรอง ทำให้พบเด็กที่มีความพิการในประเภทที่จัดจำแนกด้วยตาเปล่าไม่ได้หรือไม่ชัดเจนได้ชัดเจนขึ้น

ข้อมูลของกระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) จะพบเด็กพิการทางการเรียนรู้สูงถึง 73% และเด็กพิการทางสติปัญญา 10% ของเด็กพิการในฐานข้อมูลของกระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.)

ข้อมูลของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ(พก.) จะพบเด็กพิการซ้ำซ้อน 31% เด็กพิการทางสติปัญญา 30% พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย 11% และพิการทางการได้ยิน 11% ของเด็กพิการในฐานข้อมูล พก. ถือว่าฐานข้อมูลมีการกระจายของเด็กพิการในแต่ละประเภทความพิการสูงกว่าแหล่งข้อมูลอื่นๆ

ข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะพบเด็กพิการซ้ำซ้อน 34% พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย 29% และพิการทางการได้ยิน 18% ฐานข้อมูลของ สปสช. จะหนักไปทางประเภทความพิการที่มองเห็นชัดเจนด้วยตาเปล่า

ตารางที่ 4.3.2 ร้อยละเด็กพิการ รายแหล่งข้อมูล จำแนกตามประเภทความพิการ (ร้อยละ เทียบเด็กพิการทั้งหมด)

แหล่งข้อมูล	พิการ ออทิสติก	พิการ ซ้ำซ้อน	พิการ ทาง การ เคลื่อนไหว หรือร่างกาย	พิการ ทาง การ ได้ยิน	พิการ ทาง การ มองเห็น	พิการ ทาง การ เรียนรู้	พิการ ทาง สติ ปัญญา	ความพิการ ทาง พฤติกรรม และอารมณ์	รวม
งานวิจัย	1%	2%	1%	0.3%	0.5%	70%	25%	0%	100%
ศร.	3%	4%	5%	2%	2%	73%	10%	3%	100%
พก.	7%	31%	11%	11%	5%	3%	30%	1%	100%
สปสช.	0.2%	34%	29%	18%	6%	4%	n/a	8%	100%

หมายเหตุ : ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

โดยสรุป ข้อมูลจากแต่ละแหล่งข้อมูลมีการกระจายตัวของเด็กพิการในแต่ละประเภทความพิการแตกต่างกันไป ตามแต่นโยบายของหน่วยงานต่างๆ แต่สิ่งที่น่ากังวลคือ จำนวนเด็กพิการของแต่ละแหล่งข้อมูลที่มีความแตกต่างกันมากๆ เป็นไปได้ว่าอาจมีอุปสรรคบางอย่างขวางกั้น เช่น ช่องทางการติดต่อกันระหว่างผู้ปกครองเด็กพิการกับหน่วยงานของภาครัฐหรือปัญหาอื่นๆ ซึ่งสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากผลลัพธ์ของโครงการที่สามในงานวิจัยชิ้นนี้



โครงการที่ 2 การศึกษาปริมาณ การกระจายตัว ความสามารถในการให้บริการ และสถานการณ์กำลังคนที่ปฏิบัติงานจริงของกำลังคนด้านวิชาชีพที่จำเป็นต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กพิการทางสติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก ในระดับประเทศและระดับพื้นที่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 4.4 อัตราการตอบกลับ

ภาค	แพทย์	พยาบาล	กายภาพบำบัด	กิจกรรมบำบัด	จิตวิทยาคลินิก	เวชศาสตร์ฯ	ครูการศึกษาพิเศษ	รวม	ตอบกลับ	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร	130	106	33	125	123	20	114	651	457	70.2
เหนือ	20	22	142	111	59	7	187	548	814	>100
ตะวันออกเฉียงเหนือ	23	104	310	35	102	15	326	915	705	77.0
กลาง	52	69	196	88	110	8	276	799	303	37.9
ตะวันออก	12	10	24	19	32	5	76	178	192	>100
ตะวันตก	4	15	56	8	14	3	94	194	356	>100
ใต้	17	40	136	32	51	8	234	518	486	93.8
รวม	258	366	897	418	491	66	1,307	3,803	3,313	87.1
ตอบกลับ	128	744	710	314	417	43	984	3,340		
คิดเป็นร้อยละ	49.6	>100	79.2	75.1	84.9	65.2	75.3	87.8		

หมายเหตุ : มีผู้ไม่ระบุภาคที่ปฏิบัติงานจำนวน 2 คน/จำนวนที่ได้เป็นตัวเลขที่ผู้วิจัยสืบหามาด้วยตัวเอง เนื่องจากไม่มีหน่วยงานในการรวบรวมตัวเลขเหล่านี้จึงไม่มีการอัปเดต

การตอบกลับแบบสอบถามโดยภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 87.1 ซึ่งถืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในการเป็นตัวแทนวิชาชีพ เมื่อพิจารณารายภาคและวิชาชีพพบว่า บุคลากรในภาคกลางมีการตอบกลับน้อย ร้อยละ 37.9 วิชาชีพแพทย์ร้อยละ 49.6 ซึ่งอาจมีผลต่อข้อจำกัดของการเป็นตัวแทน ส่วนพยาบาลมีการตอบกลับมากกว่า 100% ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะวิชาชีพพยาบาลไม่มีการเก็บฐานข้อมูล ส่วนหนึ่งไม่ได้มีการศึกษาเฉพาะทาง แต่ปฏิบัติงานให้บริการอยู่ในสถานพยาบาล

ตารางที่ 4.5 จำนวนคน จำแนกตามภาคที่ปฏิบัติงานและประเภทบุคลากรแยกตามรายภาค

ภาค	ครูการศึกษา พิเศษ	นักกายภาพ บำบัด	นักกิจกรรม บำบัด	นักจิตวิทยา คลินิก	นักเวชศาสตร์ การสื่อ ความหมาย	พยาบาล	วิชาชีพ แพทย์	รวม
กรุงเทพมหานคร	110	48	77	51	13	118	48	465
	89	60	24	44	8	69	12	306
	138	72	32	31	6	69	10	358
	19	56	17	33	4	55	8	192
ตะวันออกเฉียงเหนือ	208	187	30	97	5	162	20	709
	179	105	19	59	3	116	8	489
	241	181	114	102	4	155	22	819
	984	709	313	417	43	744	128	3,338

หมายเหตุ : ไม่ระบุ 2 คน

จากตารางที่ 4.5 ข้อมูลการกระจายรายภาคพบว่าวิชาชีพที่มีการกระจุกตัวในกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นและกุมารแพทยด้านพัฒนาการเด็กบางวิชาชีพ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัดเลือกปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ศึกษามา คือ ภาคเหนือ ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามพบว่า สถานข้อมูลวิชาชีพที่มีอยู่ไม่มีการปรับให้เป็นปัจจุบัน ทำให้ข้อมูลในงานวิจัยและฐานข้อมูลที่มีอยู่มีความคลาดเคลื่อนกัน

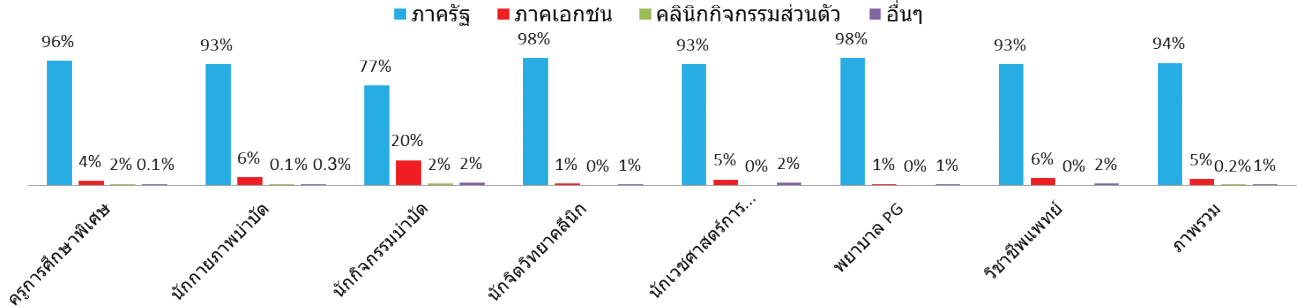


ตารางที่ 4.6 ข้อมูลส่วนบุคคล

ประเภทบุคคล	ครูการศึกษาพิเศษ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด	นักจิตวิทยาคลินิก	นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย	พยาบาล	วิชาชีพแพทย์	รวม
เพศ								
ชาย	203	101	79	70	8	35	25	521
หญิง	780	609	235	347	35	707	103	2,816
สมรส								
โสด	458	508	229	291	29	214	58	1,787
สมรส	469	186	71	116	13	469	68	1,392
	36	6	6	5	1	36	1	91
การศึกษาสูงสุด								
ปริญญาเอก	1	2	0	6	1	3	5	18
ปริญญาโท	190	68	58	121	12	182	29	660
ปริญญาตรี	726	630	255	278	24	452	76	2,441
จังหวัดบ้านเกิด								
ใช่	424	356	105	151	22	501	63	1,622
ไม่ใช่	542	347	207	262	21	225	62	1,648
ตามวิชาชีพที่ศึกษามา								
ใช่	753	699	310	403	43	715	123	3,046
ไม่ใช่	200	8	4	11		11	1	235
สำหรับกลุ่มเด็กพิการ								
ได้ทำ	37	315	44	181	3	424	13	1,017
ไม่ได้ทำ	946	395	269	212	40	319	115	2,296
หน่วยงาน								
ไม่เคย	634	520	195	268	38	320	81	2,056
เคย	334	179	115	143	5	410	40	1,226

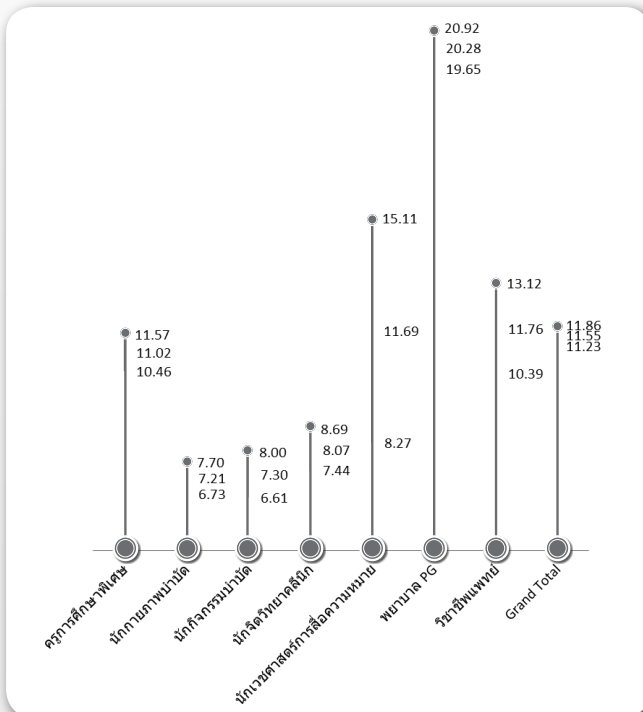
จากตารางที่ 4.6 ข้อมูลทั่วไปพบว่า บุคลากรวิชาชีพนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ทำงานตามวิชาชีพที่ศึกษามา มีอยู่ประมาณ 8% ที่ไม่ได้ทำงานตามวิชาชีพ และมีอยู่ 44% ที่ไม่ได้ทำงานกับกลุ่มเด็กพิการ และประมาณ 40% ที่เคยมีการโยกย้ายหน่วยงานมาก่อน

สัดส่วนบุคลากรวิชาชีพ แต่ละสถานที่ปฏิบัติงานหลัก จำแนกตามประเภทบุคลากร



รูปที่ 4.6.1 สัดส่วนบุคลากรวิชาชีพ แต่ละสถานที่ปฏิบัติงานหลัก

จากรูปที่ 4.6.1 บุคลากรส่วนใหญ่ในแต่ละวิชาชีพปฏิบัติงานอยู่ในภาครัฐ วิชาชีพนักกิจกรรมบำบัด มีสัดส่วนทำงานในภาคเอกชน/เปิดคลินิกส่วนตัวสูงสุด มีแนวโน้มการมีปัญหามองหาแหล่งภาคเอกชน



รูปที่ 4.6.2 อายุการทำงาน (ปี)



จากรูปที่ 4.6.2 แสดงอายุการทำงาน พบว่า บุคลากรที่ตอบแบบสอบถามมีการกระจายของกลุ่มอายุการทำงานค่อนข้างมาก กลุ่มพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีอายุการทำงานสูงสุด ในขณะที่ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยาคลินิกเป็นวิชาชีพที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุการทำงานไม่มากนัก

ตารางที่ 4.7 สัดส่วนจำนวนหน่วยงานที่บุคลากรทำงาน

จำนวน หน่วยงาน ที่ทำงาน	ครู การศึกษา พิเศษ (N = 974)	นัก กายภาพ บำบัด (N = 706)	นักกิจกรรม บำบัด (N = 309)	นัก จิตวิทยา คลินิก (N = 416)	นักเวชศาสตร์ การสื่อ ความหมาย (N = 43)	พยาบาล (N = 725)	วิชาชีพ แพทย์ (N = 124)	รวม (N = 3,297)
1 แห่ง	679 (70)	590 (84)	229 (74)	341 (82)	29 (67)	625 (86)	80 (65)	2,573 (78)
2 แห่ง	158 (16)	76 (11)	57 (18)	44 (11)	10 (23)	67 (9)	29 (23)	441 (13)
3 แห่ง	90 (9)	26 (4)	13 (4)	16 (4)	3 (7)	20 (3)	9 (7)	177 (5)
มากกว่า 3 แห่ง	47 (5)	14 (2)	10 (3)	15 (4)	1 (2)	13 (2)	6 (5)	106 (3)

หมายเหตุ : ไม่ระบุจำนวนหน่วยงานที่ทำงาน 43 คน

จากตารางที่ 4.7 พบว่าวิชาชีพส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเพียง 1 แห่ง สัดส่วนของบุคลากรที่ทำงาน 2 แห่งขึ้นไปคิดเป็นประมาณ 1 ใน 3 วิชาชีพแพทย์และครูการศึกษาพิเศษมีการทำงาน part-time มากที่สุด

ตารางที่ 4.8 การได้รับโอกาสในความก้าวหน้าทางวิชาชีพในสถานปฏิบัติงานปัจจุบัน

การได้รับ โอกาส ในความ ก้าวหน้าทาง วิชาชีพใน สถานปฏิบัติ งานปัจจุบัน	ครู การศึกษา พิเศษ (N = 951)	นัก กายภาพ บำบัด (N = 685)	นักกิจกรรม บำบัด (N = 304)	นัก จิตวิทยา คลินิก (N = 411)	นักเวชศาสตร์ การสื่อ ความหมาย (N = 42)	พยาบาล (N = 712)	วิชาชีพ แพทย์ (N = 122)	รวม (N = 3,227)
ไม่ได้	35 (4)	82 (12)	36 (12)	69 (17)	7 (17)	78 (11)	4 (3)	311 (10)
ได้รับแต่ ไม่พึงพอใจ	72 (8)	142 (21)	53 (17)	69 (17)	9 (21)	129 (18)	21 (17)	495 (15)
ได้รับพึงพอใจ	779 (82)	447 (65)	208 (68)	254 (62)	22 (52)	480 (67)	92 (75)	2 (71)
ได้รับเกินกว่า ที่คาดหมาย	65 (7)	14 (2)	7 (2)	19 (5)	4 (10)	25 (4)	5 (4)	139 (4)

หมายเหตุ : ไม่ตอบเรื่องการได้รับโอกาสฯ 113 คน

จากตารางที่ 4.8 วิชาชีพแพทย์และครูการศึกษาพิเศษมีสัดส่วนที่มีความพึงพอใจความก้าวหน้าทางวิชาชีพสูงสุด ในขณะที่นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักจิตวิทยาคลินิก นักกายภาพบำบัดมีสัดส่วนจำนวนที่ไม่ได้รับโอกาส หรือได้รับโอกาสแต่ไม่พึงพอใจสูง ซึ่งสะท้อนสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงต่อการโยกย้ายหรือการลาออกสู่ภาคเอกชน



ตารางที่ 4.9 จำนวนชั่วโมงการทำงานในการบำบัด/ฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ

ประเภทบุคลากร	จำนวน FTE ที่ทำงาน			95% CI of Mean	
	Median	S.D.	n	Lower Bound	Upper Bound
ครูการศึกษาพิเศษ	0.51	0.23	814	0.53	0.56
นักกายภาพบำบัด	0.07	0.29	348	0.17	0.23
นักกิจกรรมบำบัด	0.49	0.38	255	0.51	0.60
นักจิตวิทยาคลินิก	0.24	0.41	192	0.34	0.46
นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย	0.63	0.38	36	0.53	0.77
พยาบาล	0.19	0.37	272	0.37	0.46
วิชาชีพแพทย์	0.24	0.29	106	0.30	0.41
รวม	0.44	0.34	2,023	0.43	0.46

หมายเหตุ : 1 Full Time Equivalence (FTE) = 40 ชั่วโมง/สัปดาห์

จากตารางที่ 4.9 เฉลี่ยทุกวิชาชีพเฉพาะที่มีบทบาทในการให้บริการเด็กพิการ ใช้เวลาในการบำบัด/ฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการประมาณ 0.45 FTE โดยนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายเป็นวิชาชีพที่มีการใช้เวลาในการบำบัด/ฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการสูงสุด รองลงมาคือนักกิจกรรมบำบัด และครูการศึกษาพิเศษ นักกายภาพบำบัดใช้เวลาการบำบัดเด็กพิการน้อยที่สุด ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปริมาณการบำบัดคนพิการกลุ่มวัยอื่นๆ/ผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.10 เวลาในการตรวจ/ฝึกกระตุ้น/บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการหนึ่งราย (นาทีต่อรายต่อครั้ง)

ประเภทบุคลากร	เวลาเฉลี่ยในการบำบัด (นาที)			95% CI of Mean	
	Mean	S.D.	n	Lower Bound	Upper Bound
ครูการศึกษาพิเศษ	40.05	29.32	690	37.86	42.23
นักกายภาพบำบัด	51.89	20.59	365	49.78	54.00
นักกิจกรรมบำบัด	53.84	23.60	266	50.65	56.32
นักจิตวิทยาคลินิก	65.21	32.53	197	60.67	69.76
นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย	40.13	24.95	38	32.20	48.06
พยาบาล PG	43.10	22.83	260	40.33	45.88
วิชาชีพแพทย์	31.13	17.15	112	27.95	34.30
รวม	46.61	27.38	1,928	45.39	47.83

หมายเหตุ : ไม่ระบุจำนวนชั่วโมง 368 คน

จากตารางที่ 4.10 นักจิตวิทยาคลินิกจะใช้เวลาในการให้บริการต่อผู้ป่วยหนึ่งรายสูงสุดเมื่อเทียบวิชาชีพอื่นๆ คือ เฉลี่ยประมาณ 65 นาทีต่อผู้ป่วยเด็กหนึ่งราย ในขณะที่แพทย์ใช้เวลาเฉลี่ยต่อผู้ป่วยหนึ่งรายประมาณ 31 นาที ซึ่งในรายละเอียดพบว่ามี ความแตกต่างกันขึ้นกับหน่วยงานที่ให้บริการ โดยแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนแพทย์/มหาวิทยาลัยใช้เวลามากกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับปริมาณภาระงาน/จำนวนคนไข้

ตารางที่ 4.11 จำนวนวันที่เป็นระยะห่างการนัดติดตามดูแล/ฝึกในครั้งต่อไป (วัน)

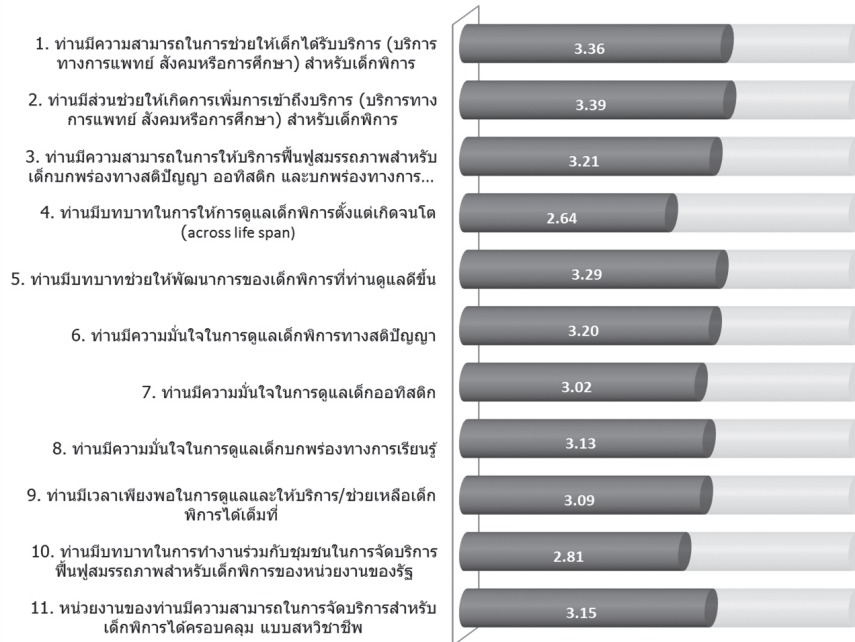
ประเภทบุคลากร	ระยะเวลาในการนัดติดตาม			95% CI of Mean	
	Mean	S.D.	n	Lower Bound	Upper Bound
ครูการศึกษาพิเศษ	8.04	15.55	458	6.62	9.47
นักกายภาพบำบัด	15.61	16.63	347	13.86	17.36
นักกิจกรรมบำบัด	18.35	22.25	246	15.57	21.13
นักจิตวิทยาคลินิก	26.56	32.72	175	21.71	31.41
นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย	35.11	35.11	35	23.48	46.75
พยาบาล PG	29.75	26.27	190	26.01	33.48
วิชาชีพแพทย์	72.52	39.15	108	65.13	79.90
รวม	21.15	28.35	1,559	19.74	22.56

หมายเหตุ : ไม่ระบุจำนวนชั่วโมง 737 คน

ตารางที่ 4.11 แสดงระยะห่างที่วิชาชีพนักเด็กพิการกลับมาฝึกกระตุ้น/บำบัด/ฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง โดยแพทย์มีระยะการนัดติดตามเฉลี่ย 72 วัน หรือประมาณ 2 เดือนครึ่ง ในขณะที่นักจิตวิทยาคลินิก นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย พยาบาลนัดติดตาม/บำบัดประมาณ 1 เดือน นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดนัดติดตามเฉลี่ย 2 - 3 สัปดาห์ และครูการศึกษาพิเศษเฉลี่ยบำบัดเด็กพิการทุก 1 อาทิตย์



ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาพรวมทุกวิชาชีพ



รูปที่ 4.11.1 ค่าเฉลี่ยประเมินภาพรวมทุกวิชาชีพ

จากรูปที่ 4.11.1 การประเมินตนเองด้านความสามารถและบทบาทสำหรับจัดบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กพิการของไทยของสหวิชาชีพเฉพาะพบว่า โดยภาพรวมทุกวิชาชีพยังมีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการให้บริการ และบทบาทในการดูแลเด็กพิการต่อเนื่องระยะยาว (across life span) รวมถึงขาดการทำงานร่วมกับชุมชน โดยส่วนใหญ่มีข้อเสนอแนะให้มีการเพิ่มกรอบอัตรากำลัง เพิ่มการผลิตวิชาชีพที่ขาดแคลน ทำงานเชิงรุกลงชุมชนมากขึ้น ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความพิการและการดูแลเด็กพิการให้กับวิชาชีพ ผู้ปกครอง อสม. หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีนโยบายรัฐในการขับเคลื่อนงานบริการที่เป็นรูปธรรม ฯลฯ

โครงการที่ 3 การศึกษาระบบการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการและรูปแบบกำลังคนในระดับอำเภอที่สามารถจับเคลื่อนได้จริงและบูรณาการระหว่างหน่วยงานได้ และพัฒนารูปแบบเพื่อจับเคลื่อนระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการในระดับอำเภอ โดยใช้รูปแบบกำลังคนทางเลือกและการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

บริบทชีวิต ปัญหา และความต้องการของเด็กพิการ

ร้อยละ 67 ของเด็กทั้งหมด 566 คน ที่ตรวจพบความผิดปกติ (ทั้งที่เข้าข่ายและไม่เข้าข่ายความพิการ) ได้รับการเยี่ยมบ้าน เพื่อการทำความเข้าใจกับปัญหา ความต้องการ และเงื่อนไขของบริบทชีวิต (ตารางที่ 4.12) พื้นที่ที่มีการติดตามเยี่ยมบ้านเด็กได้มากที่สุดคือ จังหวัดกาฬสินธุ์ กับจังหวัดสงขลา (ร้อยละ 77) ที่น้อยที่สุดคือ จังหวัดพะเยา (ร้อยละ 55) ซึ่งมีสาเหตุมาจากเด็กไม่อยู่ในพื้นที่ โดยจำนวนหนึ่งเป็นการตามไปอยู่กับพ่อแม่หรือญาตินอกที่อยู่อื่น และเกิดจากปัญหาฐานข้อมูลคลาดเคลื่อน เด็กไม่ได้อยู่ตามที่อยู่ที่ให้ไว้ ฯลฯ ซึ่งพิจารณาในอีกมุมหนึ่ง ปัญหาการเคลื่อนย้ายของเด็กก็คืออาการของความซับซ้อนของปัญหาที่เด็กๆ และครอบครัวเผชิญอยู่ ที่ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของเด็ก (รวมความผิดปกติทางสติปัญญา) แต่ยังมีกระทบต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และความช่วยเหลือต่างๆ

ตารางที่ 4.12 สัดส่วนการเยี่ยมบ้านของเด็กที่พบความผิดปกติ

จังหวัด	เด็กที่ตรวจ (คน)	เด็กที่พบความผิดปกติ (คน)	เด็กที่เยี่ยมบ้าน (คน)
กาฬสินธุ์	546	211	163 (77%)
พะเยา	706	249	137 (55%)
สงขลา	627	208	161 (77%)
ลพบุรี	445	164	105 (64%)
รวม	2,324	832	566 (67%)

ปัญหาของเด็ก

เด็กที่ถูกวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติที่ได้รับการเยี่ยมในภาพรวม ร้อยละ 60 เป็นความผิดปกติที่ไม่เข้าข่ายความพิการแตกต่างกันไปตามจังหวัด ในขณะที่เด็กที่พบความผิดปกติที่เป็นความพิการ พบสูงสุดในจังหวัดพะเยา (ร้อยละ 48.9) และจังหวัดลพบุรี (ร้อยละ 45.7) เด็กกลุ่มแรก (ผิดปกติแต่ไม่พิการ) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 22.3) คือเด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้ช้า หรือเรียนรู้ช้าร่วมกับปัญหาอื่นๆ ขณะที่เด็กที่พิการส่วนใหญ่ คือ เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ (LD) (ร้อยละ 30.4)



เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ พบว่า กลุ่มผิดปกติแต่ไม่พิการของจังหวัดกาฬสินธุ์และจังหวัดลพบุรี ส่วนใหญ่คือ ปัญหาการเรียนรู้ช้า ขณะที่ของจังหวัดพะเยา ส่วนใหญ่คือ กลุ่มที่มีปัญหาทักษะการเรียนรู้/ปัญหาการอ่าน/การเขียน/สะกดคำ และการคำนวณ ในกลุ่มนี้เองเด็กที่มีปัญหาด้านจิตเวชและอื่นๆ (เช่น สมาธิสั้น) พบในจังหวัดสงขลาในสัดส่วนที่สูงกว่าทุกจังหวัด

ตารางที่ 4.13 ผลการวินิจฉัย

ผลการวินิจฉัย	ภาพรวม	พะเยา	สงขลา	กาฬสินธุ์	ลพบุรี
พบความผิดปกติแต่ไม่พิการ	59.9%	51.1%	59.0%	71.8%	54.3%
จิตเวช + อื่นๆ	11.0%	10.9%	19.3%	4.9%	7.6%
ปัญหาทักษะการเรียนรู้/ปัญหาการอ่าน/ การเขียน/สะกดคำ/คำนวณ	14.7%	31.4%	-	20.9%	5.7%
พัฒนาการช้า	4.4%	0.7%	7.5%	3.7%	5.7%
เรียนรู้ช้า/เรียนรู้ช้า + อื่นๆ	22.3%	2.9%	13.0%	39.9%	34.3%
เสี่ยงพิการทางการเรียนรู้ (เสี่ยง LD)	6.7%	2.9%	18.0%	2.5%	1.0%
โรคทางกาย + อื่นๆ	0.9%	2.2%	1.2%	-	-
พิการ	40.1%	48.9%	41.0%	28.2%	45.7%
พิการ 1 ลักษณะ (ทางสติปัญญา)	2.1%	6.6%	-	1.8%	-
พิการ 1 ลักษณะ (ออทิสติก)	0.2%	0.7%	-	-	-
พิการ 1 ลักษณะ (ทางการเรียนรู้ LD)	30.4%	40.1%	25.5%	25.8%	32.4%
พิการ 1 ลักษณะ (พิการด้าน IQ)	5.1%	-	9.3%	0.6%	12.4%
พิการ 1 ลักษณะ (ทางร่างกาย)	0.7%	1.5%	1.2%	-	-
พิการ 1 ไม่ระบุลักษณะ	1.2%	-	4.3%	-	-
พิการร่วม 2 ลักษณะ	0.4%	-	0.6%	-	1.0%

ครอบครัวของเด็ก

สภาพครอบครัวและชีวิตความเป็นอยู่ของเด็กที่ถูกวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติแตกต่างหลากหลายมาก หากเน้นไปที่สิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดเด็กที่สุด คือ ครอบครัว จากตารางต่อไปนี้แสดงให้เห็นว่าเด็กเกือบครึ่งต่อครึ่งที่อยู่กับครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ (ถ้าหากคำว่าสมบูรณ์หมายถึงการอยู่พร้อมหน้า พร้อมตา มีพ่อแม่คอยดูแลเอาใจใส่)

ในภาพรวม เด็กร้อยละ 52 ที่อยู่กับพ่อแม่ หนึ่งในสามพ่อแม่แยก หย่าร้าง หรือทิ้งไปให้อยู่กับญาติซึ่งส่วนใหญ่คือปู่/ย่า/ตา/ยาย (ส่วนใหญ่เพียงคนเดียวคนหนึ่ง) หรือญาติพี่น้องคนอื่น

ขณะที่อีกประมาณ 1 ใน 5 มีพ่อแม่ แต่ไม่ได้อยู่ด้วย ปีหนึ่งเจอกัน 1 - 2 ครั้ง หรือไม่ก็ต้องออกเข้า
กลับคำ

เปรียบเทียบกันข้ามจังหวัดสงขลาเป็นพื้นที่ที่เด็กอยู่กับครอบครัวในสัดส่วนสูงที่สุดคือ
ร้อยละ 75 ขณะที่จังหวัดกาฬสินธุ์มีสัดส่วนเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ต่ำที่สุด (ร้อยละ 35.6) เด็กๆ ใน
จังหวัดพะเยา จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดลพบุรี ต้องอยู่โดยขาดพ่อแม่ (คนใดคนหนึ่ง หรือ
ทั้งสองคน) ในสัดส่วนที่สูงมาก จากร้อยละ 42.5, 36.5 และ 35 ตามลำดับ

ครอบครัวเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญมากต่อปัญหาและการแก้ไขปัญหาความบกพร่อง
ทางสติปัญญาและสุขภาพด้านอื่นๆ ของเด็กๆ โดยเฉพาะในการพุ่มพัก เอาใจใส่ดูแล ทั้งกายใจ
การมองเห็นปัญหาและการแก้ไขตั้งแต่เริ่มต้น และการให้บริการเมื่อยามมีปัญหาที่ชัดเจน

ตารางที่ 4.14 ครอบครัวและชีวิตความเป็นอยู่ของเด็กที่ภูวนิจจัยว่ามีความผิดปกติ

สถานะครอบครัว	สงขลา	กาฬสินธุ์	ลพบุรี	พะเยา	รวม
อยู่กับพ่อแม่	75.5	35.6	50	48.5	52.0
พ่อแม่แยกทาง/แต่งงานใหม่/เสียชีวิต/ อยู่กับพ่อหรือแม่หรือคนอื่น	21.3	36.2	35	42.5	33.0
มีพ่อแม่แต่อยู่ที่อื่น นานๆ มาหาครั้ง ตา/ยาย/ปู่/ย่า ดูแล	0.4	28.2	15	9.0	14.0
รวม	155	163	100	134	552

ในครอบครัวที่แตกแยก ขาดวิน ล้มเหลว หรือแยกกันอยู่ เช่น กลุ่มที่สองและสาม เด็กๆ
มักไม่ได้รับการดูแลที่ดี เติบโตตามลำพัง ปู่ย่า ตายายที่เลี้ยงดูมักมีอายุมาก จำเป็นต้องรับภาระ
เลี้ยงดู เพราะไม่มีทางเลือก เพราะจำยอม หรือเพราะความเอ็นดู สงสาร มักต้องดูแลเด็กๆ
ด้วยเงื่อนไขแบบตามมีตามเกิด ซึ่งส่วนมากคือการดูแลด้านวัตถุให้มีอาหารการกิน เงินไป
โรงเรียน มีที่หลับที่นอน ฯลฯ เวลาในการอบรมสั่งสอน เอาใจใส่ด้านอื่นๆ เป็นไปได้ยาก ด้วยโลก
และวัยที่แตกต่างกันมาก ตามไม่ทันเทคโนโลยีสมัยใหม่ ปู่ย่าตายายส่วนใหญ่จึงตามเด็กไม่ทัน
เหนื่อยล้าเกินกว่าจะพรั่งพร้อม จ้าจี้จ้ำไซ สถานการณ์จะยิ่งซับซ้อนเป็นทวีคูณ หากเป็นกรณีที่เด็ก
มีปัญหาซับซ้อนทางจิตใจและพฤติกรรมที่อาจมีจุดเริ่มมาตั้งแต่การอยู่ในท้องที่ไม่พร้อม เติบโต
มาด้วยการดูแลใกล้ชิด ทำให้เกิดนิสัยดื้อ ซน ก้าวร้าว ได้เถียง ฯลฯ ทั้งหมด ยิ่งทำให้ปู่ย่า
ตายายต้องเลือกปล่อยไปตามยถากรรม

ทั้งหมดนี้ก็ต้องพูดถึงสิ่งแวดล้อมในการพัฒนาทางด้านสติปัญญา การอ่าน การเขียน
การคิดเลข ปู่ย่าตายายส่วนมากไม่สามารถดูแลหรือช่วยสอนการบ้านเด็กๆ ได้ เหตุเพราะทักษะ
และความรู้ที่จำกัด ความรู้เดิมไม่สามารถต่อการศึกษารูปแบบใหม่ได้ พ่อแม่ที่ไม่มีเวลาใกล้ชิดลูก
เพราะต้องออกจากบ้านเข้ากลับคำ ฯลฯ



อย่างไรก็ดี ในครอบครัวที่อยู่กันพร้อมหน้ามิได้หมายความว่าเด็ก ๆ จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ผู้นำท้องถิ่น และแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดสงขลาพบว่า ครอบครัวที่มีลูกน้อย เด็ก ๆ กลับถูกเลี้ยงดูแบบตามใจจากปู่ย่าตายาย ส่งผลถึงพัฒนาการทางอารมณ์และพฤติกรรม ในอีกด้านหนึ่งคือ การเอาแต่ใจ การไม่รู้จักรับผิดชอบอารมณ์ การไม่มีวินัย ฯลฯ ที่พ่อแม่รุ่นใหม่หลายครอบครัวไม่สามารถจัดการได้ นอกจากนี้ ด้วยเศรษฐกิจที่ดี ไม่ได้หมายถึงการมีรายได้หรือความพร้อมทางวัตถุมากกว่าครอบครัวในภาคอื่นๆ แต่ผลข้างเคียงอีกสิ่งหนึ่งที่ตามมาก็คือ การที่พ่อแม่/ผู้ใหญ่ต้องวุ่นวายใช้เวลากับการทำมาหากิน จนการเลี้ยงดูเด็กกลายเป็นภาระ เป็นอุปสรรคต่อการพักผ่อนในเวลาว่างหรือวันหยุด ความพร้อมในการมีเด็ก แต่ไม่พร้อมในการเลี้ยงดูเด็กจึงเกิดพฤติกรรมของการเลี้ยงดูเด็กด้วยแท็บเล็ต สมาร์ทโฟน โทรทัศน์ หรือเกม ทำให้มีเด็กจำนวนหนึ่งที่อยู่กับสภาวะเช่นนี้ ถูกผู้ปกครองรับรู้ว่าเป็นเด็กดื้อ ติดคอมพิวเตอร์ ดื้อ ฯลฯ

ในครอบครัวมุสลิม มิติทางวัฒนธรรมดูเหมือนจะมีส่วนสำคัญต่อการมองเห็นและให้ความสำคัญกับความผิดปกติทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะทางสติปัญญาของเด็ก ครอบครัวที่มีสมาชิกในบ้านโดยเฉพาะเด็ก ๆ หลายคน ฐานคิดทางวัฒนธรรมที่มองว่าชีวิตเป็นสิ่งที่ถูกออกแบบให้เป็นไปตามพระประสงค์แห่งอัลเลาะห์ รวมทั้งการมีระบบคุณค่าทางสังคมที่ไม่ได้เห็นการเรียนรู้หนังสือตามระบบการศึกษาสมัยใหม่ ตลอดจนมิติของภาษาถิ่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยกลาง มีแนวโน้มที่จะทำให้ความผิดปกติด้านการเรียนรู้ถูกมองไม่เห็น มองข้าม หรือละเลยความสำคัญปัญหาความพิการ ต้นทุนชีวิต/ครอบครัว และความต้องการบริการทางสุขภาพ

ตารางต่อไปนี้เป็น การนำเอาสภาพปัญหาความผิดปกติ/พิการของเด็กมาพิจารณา ร่วมกับสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว โดยแยกปัญหาของเด็กออกเป็น 3 กลุ่มคือ หนึ่ง กลุ่มที่ปัญหาความผิดปกติที่ไม่รุนแรงหรือไม่ชัดเจนมาก ครอบครัวเห็นเป็นความปกติ เป็นเรื่องธรรมดา โตขึ้นก็หาย แม้แพทย์จะวินิจฉัยว่าผิดปกติ สอง ปัญหาหรือความผิดปกติที่ชัดเจนที่ครอบครัวเห็นสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์ สาม มีความผิดปกติรุนแรง ชัดเจน หรือซับซ้อนที่ครอบครัวต้องเผชิญ

สำหรับเงื่อนไขครอบครัว ต้นทุนครอบครัวแบ่งเป็นสามกลุ่มคือ A ครอบครัวต้นทุนสูง หมายถึงครอบครัวที่อยู่กันพร้อมหรือค่อนข้างพร้อม (อยู่กับพ่อแม่หรือมีตายายเลี้ยงดูแล) หรือค่อนข้างมีฐานะระดับพึ่งตัวเองได้ B ครอบครัวต้นทุนปานกลาง มีพ่อแม่แม่ครบ แต่ไม่ได้อยู่ด้วยหรือไม่มีเวลาดูแล บางครอบครัวไม่มีพ่อแม่ แต่ก็มีญาติพี่น้อง/ปู่ย่าตายายคอยดูแล และ C ครอบครัวต้นทุนต่ำ หมายถึงรวมครอบครัวที่แตกแยก พ่อแม่ทิ้ง หย่าร้าง เสียชีวิต ฐานะยากจนมาก

ข้อมูลจากตารางที่ 4.15 แสดงให้เห็นว่า มีเด็ก 74 คน (ร้อยละ 13) ที่อยู่ในสภาพต้นทุนต่ำ ปัญหาสูง (สีเทาเข้ม) 236 คน (ร้อยละ 41.7) ที่มีปัญหาปานกลาง ต้นทุนปานกลาง และอีก 256 คน (ร้อยละ 45.2) ที่มีต้นทุนสูง ขณะที่ปัญหามีตั้งแต่ไม่รุนแรงจนซับซ้อน

ตารางที่ 4.15 ระดับปัญหาและระดับต้นทุนครอบครัว

ระดับของปัญหา	ต้นทุนสูง (A)	ต้นทุนปานกลาง (B)	ต้นทุนต่ำ (C)
ปัญหารุนแรง (1)	155 (60.5)	98 (41.4)	26 (29.5)
ปัญหามานกลาง (2)	92 (36.0)	112 (53.1)	43 (48.9)
ปัญหารุนแรง (3)	9 (3.5)	12 (5.4)	19 (21.6)
รวม (566)	256	222	88

ความต้องการทางสุขภาพของเด็กและครอบครัวที่มีความผิดปกติเหล่านี้ หากมองจากมุมของผู้ปกครองหรือครอบครัวของเด็กจะพบว่ามีความแตกต่างหลากหลาย อาจสรุปได้เป็นสามกลุ่มคือ กลุ่มที่หนึ่ง ไม่เห็น ไม่รับรู้ ไม่เข้าใจว่าเป็นปัญหา เลยไม่รู้ว่าต้องการความช่วยเหลือหรือบริการอะไร กลุ่มที่สอง เห็นตระหนักว่าลูกหลานมีปัญหา มีความผิดปกติ แต่ไม่รู้ว่าบริการหรือความช่วยเหลือนั้นๆ ควรจะเป็นเช่นไร หรืออยู่ที่ไหน หลายครอบครัว เคยพาเด็กไปรับบริการ แต่ก็ไม่ได้ช่วยให้เข้าใจปัญหาหรือความต้องการของตัวเองมากขึ้น บริการที่ห่างไกล ลั่นเปลืองค่าใช้จ่าย การไปรับบริการจึงกลายเป็นสิ่งเกินจำเป็นหรือไม่มีปัญญาไปได้ กลุ่มที่สาม คือเห็นปัญหาของเด็กชัดเจน แต่ขณะเดียวกันก็มีปัญหาความลำบาก ขัดสน ในด้านอื่นๆ รออยู่ ความต้องการบริการของกลุ่มนี้ จึงเป็นเรื่องของความช่วยเหลือด้านการเงิน ทุนการศึกษา หรือการสงเคราะห์อื่นๆ มากกว่าบริการสุขภาพเพื่อช่วยเหลือเด็กๆ

ตารางที่ 4.16 กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา

กรณีศึกษา	สภาพปัญหาครอบครัว วิถีชีวิต และรายได้	ปัญหาพัฒนาการ	ข้อสังเกต
ชาย 8 ขวบ เรียนรู้ช้า	พ่อแม่แยกทางกัน พ่อติดคุกคดียาเสพติดส่วนแม่ไปอยู่ที่อื่นตอนนี้เด็กอยู่กับย่าและป้า พ่อของเด็กมีลูก 3 คน จากภรรยาทั้งหมด 3 คน แม่ของเด็กเป็นภรรยาคนที่ 2 เด็กทั้ง 3 คนอาศัยอยู่กับย่า (พ่อยังไม่ได้แยกทางกับภรรยาคนที่ 3 แต่พ่อกับภรรยาอยู่บ้านคนละหลังกับย่า)	ครูเคยบอกว่าเด็กไม่ค่อยทำการบ้าน ตอนแรกเด็กไปอยู่กับแม่ พึ่งย้ายมาอยู่กับย่าที่นี้ได้ 1 ปี ตอนที่อยู่กับแม่ไม่มีใครดูแล แม่ชอบเที่ยวชอบเข้าสังคม ก็ปล่อยให้ลูกไว้ที่บ้าน พอมาอยู่กับย่าก็ต้องช่วยกันดูแล แรกๆ อ่านหนังสือไม่ได้เลย ตอนนี้พอได้บ้างแต่ก็ต้องใช้ต้องเข็นกันไป เวลาทำอะไรจะทำช้า ยาต้องคอยบอกทุกวัน แม้กระทั่งกินข้าว อาบน้ำก็ต้องคอยบอกตลอด เวลาว่างเด็กจะซิกซันยานเล่นไปเรื่อยๆ จะกลับมา	



กรณีศึกษา	สภาพปัญหาครอบครัว วิถีชีวิต และรายได้	ปัญหาพัฒนาการ	ข้อสังเกต
		อีกทีก็ตอนเย็น ไม่รู้ว่าไปที่ไหน ไม่กลับ มากินข้าวที่บ้าน เด็กเคยไปเยี่ยมพ่อ ที่เรือนจำ 2 - 3 ครั้ง โดยไปกับย่า แต่ก็ไม่ได้พูดไม่ได้คุยกัน แค่นี้ เยี่ยมเฉยๆ	
ชาย 11 ขวบ เสี่ยง LD	อยู่กับแม่ พ่อแม่แยกทางกัน พ่อติดเหล้าแล้วทำร้ายแม่ ตอนนี้องค์ปา ลูกคนโตไปอยู่ด้วย ส่วนคนเล็กนี้อยู่กับพ่อ	ผลการเรียนปานกลาง ยังเรียนไม่จบ ป.6 แต่ตอนนี้จะย้ายไปอยู่กับแม่ จึงให้หยุดเรียนก่อน พ่อบอกว่าเรียนปานกลาง (พ่อเมามาก)	ไปอยู่กับแม่ที่อื่น เพราะพ่อเมาชอบทำร้ายแม่ แม่จึงพา ลูกคนโตไปอยู่ด้วย ตอนนี้อยู่คนเดียว
หญิง 3 ขวบ จิตเวช	พ่อแม่ของเด็กแยกทางกัน แม่อายุ 23 ปี เดิมพ่อแม่ทำงานก่อสร้าง ต้องย้ายที่อยู่ตามที่ก่อสร้างจึงต้องพาลูกไปด้วย ทำให้ลูกไม่ได้เรียนหนังสือ ตอนนี้องค์ปาช่วยพี่สาวขายของที่หน้าบ้าน รายได้มาจากที่พี่สาวให้ หรือถ้าอยากได้เงินก็ไปขอพี่สาว	เด็กอารมณ์ไม่คงที่ น้ำหนักตัวน้อย อ่านตัวเลขได้บ้าง	แม่มีลูกอายุน้อย มีรายได้ไม่แน่นอน
ชาย 6 ขวบ จิตเวช	อยู่กับพ่อแม่และยาย พ่อมีอาชีพขับรถรับจ้าง แม่ทำอาชีพตัดยาง มีลูกทั้งหมด 3 คน ตัวเด็กขณะนี้ อายุ 3 ปี	เด็กกำลังเรียนอยู่อนุบาล 2 คลอดครบกำหนด ตอนเกิดน้ำหนักคร่ำ จึงเป็น น้ำท่วมปอด มีอาการชัก ปัจจุบันก็ยังคงมีอาการชักอยู่ พูดช้า พูดตอนอายุ 3 ปี พูดเป็นประโยคได้ แต่รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง พัฒนาการปกติ มีนิสัยเอาแต่ใจตัวเอง ใช้อารมณ์ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ เล่นแรง ทำร้ายเพื่อน ไม่รู้ว่าอะไรควรเล่นหรือไม่ควร แม่เล่าว่าเด็กเคยเดินเข้าไปในป่าเหยียบกระเบื้อง และทำเลือดออกเต็มไปหมด แต่เด็กไม่รู้สึกรู้ว่าเจ็บ ยังเดินเล่นปกติ บางครั้งก็เดินชนกำแพง หัวแตก	อยู่กับพ่อแม่ ส่วนมากอยู่กับแม่ เพราะพ่อขับรถรับจ้าง แม่อยากให้อ่านต่อ
หญิง 11 ขวบ พิการ 1 ประเภท (LD R+W+M)	อาศัยอยู่กับปู่ ย่า และพี่ชาย พ่อและแม่ติดคุกในคดียาเสพติด หลังจากออกจากคุก พ่อแม่แยกทางกัน ย่าและปู่จึงเป็นคนเลี้ยงดู ทั้งสองคนมาตั้งแต่ยังเด็ก	ย่าบอกว่าทั้งพี่ชาย (ม.2) และน้องสาวเรียนหนังสือไม่เก่ง “เหมือนว่าสมองมันไม่ไป ไม่สนใจหนังสือ การบ้านไม่เคยมีมาทำ ไม่ตั้งใจ” ถ้าอยู่บ้านโกหกว่าลืมนัดไว้ที่โรงเรียน	พ่อแม่ติดคุก อยู่กับย่าและปู่ย่าไม่มีเวลาอ่านหนังสือไม่เป็น

กรณีศึกษา	สภาพปัญหาครอบครัว วิถีชีวิต และรายได้	ปัญหาพัฒนาการ	ข้อสังเกต
		แต่ถ้าอยู่โรงเรียนจะบอกคุณครูว่าลืมสมุดการบ้านไว้ที่บ้าน ย่าทั้งดำทั้งตีจนไม่รู้จะทำอย่างไรแล้ว ย่าจะสอนก็สอนไม่เป็น สอนไม่ได้ แต่เรื่องงานบ้านเก่ง ร้อยมาลัยเก่ง ได้ไปประกวดระดับจังหวัด	

ตารางที่ 4.17 กรณีศึกษาจังหวัดลพบุรี

กรณีศึกษา	สภาพปัญหาครอบครัว วิถีชีวิต และรายได้	ปัญหาพัฒนาการ	ข้อสังเกต
หญิง 12 ขวบ พิการประเภท IQ	พ่อแม่ลูก 4 คน คนโตเป็นผู้ชาย คนแรกมีครอบครัวไปหมดแล้ว น้องเป็นลูกสาวคนเล็กอายุขวบกว่า พ่อกับแม่เล็กกัน นานๆ แม่ก็มาดูลูกบ้าง แม่แต่งงานใหม่ พ่อป่วยเป็นเกาต์ เลี้ยงลูกคนเดียวมาตลอด	น้องช่วยเหลือตัวเองได้ บ้านทุกอย่างชายของชายเห็ด (มีโรงเพาะเห็ด นางฟ้าอยู่สองโรง) การบ้านทำของเขาเอง พ่อไม่ค่อยรู้หนังสือ ห่วงลูกมากๆ เรื่องการเรียน การอยู่ เพราะไม่มีปัญญาสูงๆ ตอนแข็งแรงก็รับจ้างทั่วไป ตอนนี้อยู่ทำงานไม่ได้ ตั้งแต่เดือนที่แล้ว ไม่มีประจักษ์สังคม ไม่มีเงินช่วยเหลือจากที่ไหนเลย ตอนนั้นก็แค่เดินได้ด้วยสี่ขา แต่ทำงานไม่ได้ ลูกบอกว่าอยากจะได้เรียนให้จบ ม.3 พ่อให้ได้วุฒิเรียนที่โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี พ่อก็ไม่รู้จะส่งลูกได้เท่าไร	พ่อแม่หย่ากัน อยู่กับพ่อแม่แต่งงานใหม่ พ่อป่วยเป็นโรคเกาต์
ชาย 10 ขวบ เรียนรู้อาชีพ	พ่ออายุ 30 ปี แม่แยกทางกัน พ่อไปทำงานขับรถอยู่สระบุรี แต่งงานใหม่แล้ว แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์ ตั้งแต่อายุ 3 เดือน พ่อมาหาบ่อย ช่วงปิดเทอมก็มารับลูกไปอยู่ด้วย เป็นเดือน เด็กเรียกปู่กับย่าว่าพ่อกับแม่ เรียกพ่อว่าพี่ ส่วนแม่เดิมอยู่ที่ลพบุรี พ่อแยกทางกันก็ไม่เคยมาหาลูกเลย ไม่รู้ข่าวคราว ปู่ทำงานคนเดียว ย่าเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต 10 กว่าปีแล้ว เดินไม่ได้ ปากเบี้ยว กับข้าวลูกสาวเป็นคนทำ พ่อเขาก็ส่งมาให้เดือนละ 4,000 บาท ปู่ยังเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ทำให้เบิกค่าเล่าเรียนได้	การเรียนพ่อใช้ได้ ได้ที่ 18 หรือ 19 จากทั้งหมด 28 คน การบ้านก็ทำเองบ้าง บางทีก็ให้พี่สอน ปู่ไม่มีอะไรที่กังวลใจ มีแต่ฐานะที่คลอนแคลน ให้เงินไปโรงเรียนวันละ 20 บาท ไม่เหลือ วันๆ ห่วงแต่เล่น "ถ้าผมเป็นอะไรไป คงต้องเป็นอาเขียดดูแล"	พ่อแม่หย่ากัน อยู่กับปู่ย่า ปู่เป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ย่าเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต



กรณีศึกษา	สภาพปัญหาครอบครัว วิถีชีวิต และรายได้	ปัญหาพัฒนาการ	ข้อสังเกต
หญิง 8 ปี พิการ 1 ประเภทด้าน LD (R + W)	พอกับแม่มีลูกด้วยกัน 2 คน คนแรก อายุ 16 ปี ลูกคนที่สองอายุ 8 ปี เรียนอยู่ชั้น ป.3 พ่อแม่แยกทางกัน ตั้งแต่อายุ 2 ขวบ ตอนนี้ได้อยู่กับปู่ และย่า พ่อทำอาชีพรับจ้างและมา นอนที่บ้านทุกวัน ส่วนแม่ไม่ทราบ	นิสัยไม่ค่อยพูด จะพูดบ้างกับคนที่สนิท ถ้าแปลกหน้าก็ไม่พูดเลย ไปโรงเรียนโดยรถรับส่ง ย่าจะเป็น คนซักผ้ารีดผ้าให้ ย่าบอกว่าเลี้ยงยาก ไม่ค่อยโต มักปวดท้องและมีผื่น ขึ้นบ่อย ด้านการเรียน พัฒนาการ จะช้าหน่อย เคยเข้าชั้นเมื่อปีที่แล้ว ตอนอยู่ ป.2 เวลาครูให้ไปทำ หน้ากระดานหน้าชั้นเรียนก็ไม่ไป ร้องไห้ ไม่ยอมทำ การบ้านที่สาวจะ เป็นคนสอน ย่าเป็นห่วงคือพัฒนาการ ทางสมองไม่ค่อยทันเพื่อน โดยเฉพาะ ด้านวิชาการ	

ตารางที่ 4.18 กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา

กรณีศึกษา	สภาพปัญหาครอบครัว วิถีชีวิต และรายได้	ปัญหาพัฒนาการ	ข้อสังเกต
ชาย 11 ขวบ พิการ 1 ประเภท ด้านสติปัญญา	เป็นลูกคนเดียว พ่อแม่แยกทางกัน พอลดได้ 8 เดือนแม่ก็หนี แม่คลอดลูกตอนอายุ 15 ปี ส่วนพ่อ แต่งงานใหม่ อยู่ต่างอำเภอ มาหาบ้าง เดือนละครั้ง เด็กอยู่กับปู่ย่า มีปัญหา เรื่องพัฒนาการทางสมอง คือมีสมอง เท่ากับเด็กอายุขวบกว่า และชอบเล่น กับเพื่อนที่เป็นวัยเดียวกัน (สมองเท่ากัน) วัดไอคิวบ่อย หมอก็บอกว่า พัฒนาการช้าและล้าช้า	ตอนนี้ท้อง ก - ฮ ยังไม่ได้ เขียนชื่อ ยังไม่ได้ ปู่เป็นคนไปส่งไปโรงเรียน ตอนเช้าจะตื่นเข้ามา พอตื่นแล้วก็จะ ไปเรียกข้าวบ้านต้น สิ่งที่ยากกังวลคือ สื่อสารกับคนอื่นเข้าใจ ต้องดูแลตลอด กลัวตกน้ำแล้วไม่มีคนช่วย เพราะเขา ฟังไม่รู้เรื่อง	พิการทางสติปัญญา
ชาย 12 ปี พิการ 1 ประเภท ด้าน Autistic	เป็นลูกคนเดียว พ่อตายไป 5 ปีกว่า แม่แต่งงานมีครอบครัวใหม่ เด็กอยู่กับ ปู่ย่า ปู่กับย่าทำอาชีพรับซักผ้ารีดผ้า (ทั้ง 2 คน ค่อนข้างแก่แล้ว) เป็นเด็ก Autistic ต้องกินยาตลอด เริ่มไปหาหมอตั้งแต่อายุ 2 ขวบ ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัด เชียงใหม่ ต้องกินยาตลอด		

กรณีศึกษา	สภาพปัญหาครอบครัว วิถีชีวิต และรายได้	ปัญหาพัฒนาการ	ข้อสังเกต
	และไปหาหมอทุก 3 เดือน มีอาการเริ่มต้นคือไม่นั่งไม่พูด เริ่มพูดตอนอายุ 4 ขวบ คล้ายคนเป็นใบ้ เลยพาไปโรงพยาบาลพะเยาก่อน		
ชาย 11 ขวบ พิการ 1 ประเภท ทางการมองเห็น	พ่อแม่มีลูก 2 คน ตอนนี้อยู่แยกต่างหากแล้ว ลูกคนแรกอายุ 26 ปี เรียนอยู่ชั้น ป.5 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา ที่บ้านอยู่ด้วยกัน 4 คน แม่ ยาย พี่ และเด็ก แม่มีอาชีพทำนา และรับจ้างตัดเย็บผ้าอยู่ที่บ้าน คลอดตอน 9 เดือน โดยการผ่าออก คลอดออกมามีอาการตัวเหลือง ต้องอบ 10 คืน จากนั้นพบว่าเด็ก ตามอดข้างขวา (ต้อหิน) หมอไม่ทราบสาเหตุ แต่หมอแนะนำให้ควักลูกตา ออก แล้วใส่ลูกตาปลอม แต่แม่ไม่ยอม	เวลาฟังสายตาด่านหนังสือเด็กจะมองไม่ค่อยชัดแต่ก็ไม่มีอาการปวด แต่อย่างไรก็ตาม แม่เคยไปขอบัตรผู้พิการ ให้ลูกหลายที่แต่ก็ไม่เคยได้ โดยเขาบอกว่าต้องตาบอด 2 ข้างจึงจะได้ แต่แม่กลับมองว่าการที่ตาบอด ข้างเดียวน่าจะมีประโยชน์มากกว่า เพราะยังสามารถทำงานได้ เรื่องเรียน เด็กจะช้าหน่อย ไม่ค่อยทันเพื่อน	พิการทางสายตา พ่อแม่แยกกัน

ตารางที่ 4.19 กรณีศึกษาจังหวัดกาฬสินธุ์

กรณีศึกษา	สภาพปัญหาครอบครัว วิถีชีวิต และรายได้	ปัญหาพัฒนาการ	ข้อสังเกต
หญิง 8 ขวบ LD	พ่อกับแม่อยู่บ้านอีกหลังหนึ่งใกล้ๆ กัน มีลูกคนเดียว ปู่และย่าเลี้ยงมาตั้งแต่เด็ก ผ่าออกที่โรงพยาบาลยางตลาด ได้อบอยู่โรงพยาบาลเป็นอาทิตย์ เลี้ยงยากเพราะไม่ได้กินนมแม่เลย เพราะแม่ไม่มีน้ำนม “พ่อแม่ไม่ได้ช่วยเลี้ยงลูก สองคนตื่นมากไป หากินใส่ปากท้องเขา พ่อแม่เขาก็ไม่ดูแลลูกเขาก็ไม่คุยด้วย” **อสม. ให้ข้อมูลว่าแม่ของเด็กเคยต้องโทษจำคุกติดยาเสพติด เป็นวันเฒ่า ***ลูกของพี่ชายของปู่ 2 คน เรียนอยู่โรงเรียนปัญญานุกูล	“เป็นเด็กที่เลี้ยงยาก ออกดๆ แอดๆ มาตลอด เป็นเด็กที่ตอบรับยาก เวลาเรียกจะเฉยๆ ไม่รู้เป็นยังไง เวลาเรียกไม่รู้ว่าได้ยินหรือไม่ได้ยิน จะเฉยๆ เป็นคนขี้เมา เหนื่อยๆ ไม่รู้เป็นอะไร ติดโทรศัพท์ การบ้านปู่ไม่ค่อยได้ดูกับหลาน มีแต่ย่าเป็นคนดู ตั้งแต่เลี้ยงมาไม่เคยติเลย สิ่งที่น่าหนักใจคือเรียกแล้วไม่ขานรับกับไม่ค่อยกินข้าว ส่วนมากจะกินแต่นม ตอนเย็นเวลาอน หลานนอนเอามือก่ายหน้าผากตลอดเลย คิดว่าหลานต้องคิดเรื่องพ่อแม่ของเขาแน่นอน เพราะพ่อแม่เขาไม่ค่อยมา ปฏิสัมพันธ์ด้วย บ้านพ่อแม่เขาก็อยู่แค่ตรงนี้”	พ่อกับแม่แยกอยู่อีกบ้าน (บ้านใกล้กันแต่ไม่ได้ดูแลลูก) เด็กอยู่กับปู่ย่า



กรณีศึกษา	สภาพปัญหาครอบครัว วิถีชีวิต และรายได้	ปัญหาพัฒนาการ	ข้อสังเกต
ชาย 9 ขวบ เสี่ยง LD	เด็กเป็นหลานย่า พ่ออายุ 35 ปี แม่อายุ 30 ปี เพิ่งย้ายมาจากนครพนม มาอยู่กับย่าป้านี้ มาเข้าโรงเรียนที่ เชียงสา เพราะแม่เขาเป็นคนนครพนม ย่าเป็นคนเลี้ยง พ่อ แม่ ก็ทำนาบ้าง รับจ้างทั่วไปบ้าง	เด็กมีพฤติกรรมเป็นเด็กมีปัญหา คือ เวลาพูดจะพูดไม่เป็นคำ ไม่ถูกถ้อย ถูกคำเท่าไร พูดค้างๆ อื้อ อ๊ะอะ พ่อแม่เขาก็ไม่เป็น แต่เรียนหนังสือ ก็พอไปได้ ไม่ถึงกับโง่ เวลาบอกว่า ค่อยพูด ไม่ต้องรีบร้อน ถึงจะค่อยๆ พูด	อยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ลูกๆ ไม่ได้หยิ่งให้ ต่างดิ้นรนหาใส่ปากใส่ท้อง ตัวเอง ย่าก็ต้องหาเลี้ยงตัวเอง ไม่มีก็ไปหยิบยืมเขามาเลี้ยง หลาน แล้วค่อยทำนาขายข้าว ไปใช้เขา ย่าเปรียบบ้านตัวเอง คล้ายกับสถานรับเลี้ยงเด็ก กำพร้า
ชาย 10 ขวบ พิการทางสติปัญญา	พ่ออายุ 31 ปี แม่อายุ 35 ปี แม่เป็นคน จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนพ่อเป็นคนบ้าน เชียงสา (กาฬสินธุ์) เด็กคลอดออกมา ตอนแม่อายุครรภ์ได้ 7 เดือน พอลคลอดมาปั๊บแม่ก็หนีไปมีสามีใหม่ และไม่เคยกลับมาหาอีกเลย ด้านสุขภาพ : เด็กพิการทางสติปัญญา มาตั้งแต่กำเนิด ย่าบอกว่าที่เป็น แบบนี้เพราะมาจากพันธุกรรมทางแม่ ของเขา ซึ่งมีลูกป่วยเป็นโรคทางจิต ยิ่งไปกว่านั้นลูกของแม่กับสามีใหม่ ก็คลอดออกมาพิการตั้งแต่กำเนิด เดินไม่ได้ คลานไปมา รวมทั้งมีอาการ ปากแหว่งเพดานโหว่ร่วมด้วย	ด้านการเรียน : ก่อนหน้านั้นเด็กเคยไป เรียนที่โรงเรียนปัญญานุกูล แต่ย่า บอกว่ายิ่งเหมือนคนบ้า สอนเหมือน คนบ้า และไปเลียนแบบพฤติกรรม ทำร้ายตัวเองจากเพื่อนที่อยู่ในนั้นด้วย ย่าเลยพาออกมาเรียนที่โรงเรียน ใกล้บ้าน เรียนร่วมกับนักเรียนปกติ ทั่วไป และเข้ากับเพื่อนๆ ได้ทุกคน โดยที่เพื่อนก็ไม่ได้อึดอัดอย่างใด ตอนนี้เด็กสามารถท่อง ก - ฮ ได้ นับเลขได้ เขียนประโยคต่างๆ ตาม ตัวอย่างได้ สามารถแยกสีต่างๆ ได้ และวาดรูปได้สวยด้วย รู้จักอวยวะ ทุกส่วนของร่างกาย หนึ่งมีย่าที่คอย สอนทั้งเรื่องเรียนและกระตุ้น พัฒนาการ ย่าจะชมทุกครั้งที่ได้ทำ ได้ เด็กชอบเต้น ชอบรำมาก หากเปิด เพลงหรือร้องเพลงให้จะสามารถ เต้นได้ทุกเพลง ล่าสุดเด็กได้รำ หน้าศพตาย้วย ย่าภูมิใจมากที่เด็ก สามารถเขียนได้และรับรู้ได้	ด้านความช่วยเหลือ : ยายาก ให้มีครูที่มาสอนเด็กพิเศษ โดยตรง เพราะเด็กแบบนี้ มีเยอะ โดยสอนให้เหมือน เด็กทั่วไป แต่เด็กที่เรียนให้มี เฉพาะเด็กพิเศษ ย่ากลัวว่า เด็กโตไปจะใช้ชีวิตไม่ได้ กลัวประกอบอาชีพไม่ได้
ชาย 8 ขวบ เรียนรู้ช้า (Borderline IQ)	พ่ออายุ 35 ปี แม่อายุ 30 ปี แม่เสียชีวิต แล้วด้วยโรคมะเร็ง พ่อแต่งงานใหม่ แต่ยังไม่ีลูกกับภรรยาคนใหม่ ส่วนแม่เลี้ยงก่อนหน้านั้นเคยแต่งงาน มีลูกกับสามีคนก่อนมาแล้ว 2 คน ครอบครัวยู่กัน 4 คน ย่า พ่อ แม่เลี้ยง	พฤติกรรม : ตั้งแต่มีร้านเกมเปิดขึ้นมา เคยขโมยเงินยายสองครั้งรวม 600 บาท ยาตีจนหนังขาด แต่เด็ก ก็ยอมรับ แล้วบอกย่าว่าจะหามาคืนให้ กิจกรรมประจำวัน : ตั้งแต่เข้าย่าให้ นึ่งข้าว ทำกับข้าวให้กิน	

กรณีศึกษา	สภาพปัญหาครอบครัว วิถีชีวิต และรายได้	ปัญหาพัฒนาการ	ข้อสังเกต
	และตัวเด็ก คลอดปกติ ที่ยาเลี้ยงตั้งแต่เกิดเพราะแม่เขาคลอดเสร็จก็เสียชีวิต ยาไปรับหลานที่โรงพยาบาล ตอนอายุ 2 ขวบเป็นไข้ขึ้นสูง ชัก ชาวบ้านก็มาช่วยกัน พ่อเขาเป็นคนไม่ค่อยพูด กับลูกก็ไม่เคยที่จะพูดคุย ภรรยาใหม่เพิ่งมาอยู่ด้วยกันประมาณ 2 ปี มักทะเลาะกับลูกเลี้ยงประจำ มีอะไรก็หาकिनกันสองคนผิวเมียไม่เคยแบ่งปันลูก รายได้ทั้งหมดพ่อเป็นคนหามาใช้จ่ายในบ้าน ส่วนแม่เลี้ยงไม่ทำอะไร	การเรียนรู้ช้า : ครูเคยบอกย่าว่าเด็กไม่ค่อยเข้าห้องเรียน ยาตีจนเลือดไหล ช่วงแรกย่าต้องพาไปส่งที่โรงเรียน วันละ 4 ครั้ง (เฉพาะครึ่งเช้า) จนย่าต้องไปบอกครูว่าจะให้ออกจากโรงเรียนแล้ว ไม่เรียนก็ได้ ความรู้สึก : อยากให้ออกจากโรงเรียน ไม่อยากให้เรียน ยาไม่มีกำลังที่จะส่ง รายได้ก็ไม่มีใครหา ใกล้เคียงพี่ชาย	

บทที่ 5

บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

1. สถานการณ์/ปัญหาความต้องการของเด็พิการ

การศึกษาใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งวิธีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตรวจคัดกรองเด็ก โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และนักจิตวิทยาคลินิก เพื่อประมาณค่าจำนวนเด็กไทยที่มีความพิการ 7 ประเภท ที่อยู่ในช่วงอายุ 2½ - 12 ปี ทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม) เพื่อศึกษาความต้องการต่อบริการ ทั้งในมุมมองของผู้รับบริการ (ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก) และในมุมมองของผู้ให้บริการและชุมชน โดยศึกษา ใน 9 ตำบล สุ่มเลือกจาก 9 จังหวัด ซึ่งสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบบ 2 ขั้นตอน (Two-Stage Sampling) มีจำนวนตัวอย่างที่สำรวจทั้งสิ้น 6,334 คน

การตรวจประเมินวินิจฉัยความผิดปกติของเด็ก ทำโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน และนักจิตวิทยาคลินิกที่ใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาสากล เพื่อประเมินความพิการทางการเรียนรู้และพิการทางสติปัญญา เพิ่มเติมกรณีมีข้อสงสัย โดยเป็นกระบวนการประเมินความพิการที่พยายามให้ใกล้เคียงกับแนวปฏิบัติทางการแพทย์มากที่สุด แม้ว่าในทางปฏิบัติด้วยข้อจำกัดเรื่องเวลาและอื่นๆ ผลการตรวจในเด็กที่มีความวิตกกังวลสูงหรือปรับตัวยาก ที่มีผลต่อความสามารถในการแสดงออก อาจทำให้ผลการวินิจฉัยคลาดเคลื่อนได้บ้างแต่ก็ในระดับเพียงเล็กน้อย

ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมมีการพบความผิดปกติ ร้อยละ 34 โดยเป็นความผิดปกติที่ไม่เข้าข่ายความพิการ ร้อยละ 21 เข้าข่ายความพิการ ร้อยละ 13 ซึ่งในกลุ่มหลังนี้ แยกเป็นความพิการทางการเรียนรู้ ร้อยละ 9 พิการทางสติปัญญา ร้อยละ 3 และพิการด้านอื่นอีก ร้อยละ 1 ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับที่มีการรายงานในการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าเด็กไทยมีความพิการทางการเรียนรู้ ร้อยละ 6 - 10 ขณะที่ความชุกของภาวะความพิการทางสติปัญญาประมาณ ร้อยละ 1 - 3 (กรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2543)

พิจารณาความแตกต่างรายภาค การศึกษาค้นพบว่า สัดส่วนเด็กพิการเทียบกับเด็กที่ตรวจคัดกรองทั้งหมดสูงสุดในภาคเหนือและภาคกลางตามลำดับ (เด็กพิการทางการเรียนรู้ในภาคเหนือและภาคกลางมีร้อยละ 15 และ 12 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าภาคอื่นๆ และภาพรวมทั้งประเทศที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่ส่งผลทำให้พบสัดส่วนความพิการที่สูงของภาคเหนือส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการมีตัวอย่างส่วนหนึ่งเป็นเด็กชนเผ่าที่ทักษะการอ่านเขียนภาษาไทยอาจด้อยกว่าเด็กที่อื่น โดยที่เครื่องมือคัดกรองไม่สามารถแยกแยะสาเหตุของความบกพร่องทางการเรียนรู้ได้ชัดเจน สำหรับภาคกลางเหตุผลน่าจะเกิดจากเป็นพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมือง เด็กมาจากครอบครัวฐานะค่อนข้างยากจน สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ซึ่งพบสัดส่วนเด็กพิการทางสติปัญญาร้อยละ 4 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศนั้น สอดคล้องกับผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2554⁽⁵²⁾ ที่พบว่า 10 จังหวัดที่มีเด็กที่มีปัญหาสติปัญญาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ในเด็กอายุน้อยกว่า 8 ปีที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยความพิการทางการเรียนรู้ได้นั้น พบกลุ่มที่มีความเสี่ยงพิการทางการเรียนรู้ และกลุ่มที่มีปัญหาทักษะการเรียนรู้ ประมาณร้อยละ 7.2 เด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้ช้า ร้อยละ 9 พบว่า เพศชายมีสัดส่วนเด็กพิการมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ (เพศชายพบความพิการ ร้อยละ 18 เพศหญิง ร้อยละ 7 โดยเพศชายเป็นความพิการทางการเรียนรู้ ร้อยละ 13 ในขณะที่เพศหญิง ร้อยละ 5%) ในด้านอายุพบว่าในช่วงประถมปลายเป็นช่วงที่มีสัดส่วนเด็กพิการสูงสุด เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่เริ่มแสดงปัญหาทางการเรียนรู้ชัดเจนขึ้น ขณะเดียวกันด้วยข้อจำกัดของเครื่องมือในการวินิจฉัยความพิการทางการเรียนรู้ไทยที่สามารถยืนยันผลชัดเจนได้หลังจากเด็กศึกษาประถมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป จึงทำให้สัดส่วนเด็กที่พบความพิการสูงสุดในระดับประถมปลาย

สำหรับประมาณการจำนวนเด็กพิการของประเทศ โดยใช้การประมาณการทางสถิติด้วย การประมาณค่าจำนวนเด็กพิการจากตัวประมาณค่าจำนวนรวมในการสุ่มตัวอย่างชั้นภูมิ พบว่า ประเทศไทยน่าจะมีเด็กพิการช่วงวัย 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ประมาณ 983,381 คน หรือคิดเป็น 13% ของประชากรเด็ก ค่าประมาณการนี้มีแนวโน้มว่าจะน้อยกว่าความเป็นจริง ด้วยสองเหตุผลคือ หนึ่ง กลุ่มเด็กที่มีความพิการมากหรือพิการซับซ้อนหลายด้าน อาจไม่ได้อยู่ในชุมชน แต่อยู่ในโรงเรียนการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กพิการ และสอง การศึกษานี้ไม่ได้รวมกรุงเทพมหานคร



ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความซับซ้อน และอาจมีกลุ่มเด็กพิการที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามาอยู่ในกรุงเทพมหานคร เพื่อการเข้าถึงบริการ

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลจากการสำรวจครั้งนี้กับฐานข้อมูลเด็กพิการของประเทศทั้ง 3 หน่วยงาน คือ ข้อมูลการจดทะเบียนคนพิการ (พก.) ข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ (สปสช.) และข้อมูลทะเบียนการศึกษา (ศธ.) พบว่างานวิจัยมีค่าประมาณจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศสูงกว่า ข้อมูลของ ศธ. พก. และ สปสช. ถึง 10.6 เท่า 24.6 เท่า และ 27.3 เท่า ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าว แสดงว่ายังมีเด็กพิการในชุมชนที่ยังไม่ได้รับการจดทะเบียนหรือมีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลเด็กพิการ ของรัฐจำนวนมาก ซึ่งแปลว่ายังคงมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทั้งสุขภาพ การศึกษาและ สังคมของเด็กไทยอยู่อย่างมาก ซึ่งความหมายว่าประเทศมีความจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดการบริการ เชิงรุกเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และการพัฒนาการใช้ระบบฐานข้อมูลประเทศ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนเชิงนโยบายต่อไป

ข้อมูลจากการติดตามศึกษาครอบครัวเด็กที่พบความผิดปกติทางสติปัญญา แสดงให้เห็น ถึงความซับซ้อนของปัญหาความพิการในเด็ก ที่เชื่อมโยงถึงลักษณะความต้องการและปัญหา การเข้าไม่ถึงบริการ รวมตลอดไปถึงการพัฒนาารูปแบบบริการสำหรับการดูแลช่วยเหลือและ พัฒนาคุณภาพของเด็กเหล่านี้

ข้อค้นพบสำคัญในครั้งนี้นี้ก็คือ ปัญหาความพิการทางสติปัญญาของเด็กยังเป็นปัญหาที่ ถูกซ่อน มองข้าม หรือถูกซ่อนทับไว้ด้วยปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และอื่นๆ ที่เป็นปัญหาระยะสั้น และเร่งด่วนกว่า เป็นปัญหาที่ชุมชน ครอบครัว โรงเรียน หรือแม่ผู้ให้บริการทางสุขภาพมองไม่เห็น มองข้าม และจัดลำดับความสำคัญไว้ท้าย ทั้งนี้ด้วยเหตุปัจจัยสำคัญคือ

หนึ่ง ความผิดปกติทางสติปัญญา อารมณ์และพฤติกรรม ที่อาจดูชัดเจนเมื่อใช้เกณฑ์ การวินิจฉัยทางการแพทย์ แต่อาจเป็นเรื่องปกติและถูกมองข้ามในสายตาของครอบครัวและชุมชน มุมมองทางสังคมและวัฒนธรรมอาจทำให้การเรียนรู้ช้าหรือความเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมของเด็ก (ที่พบในทางการแพทย์) “เป็นเรื่องธรรมดา” “ไม่สำคัญ” “ทำอะไรไม่ได้” หรือ “ไม่ช้าก็เปลี่ยนแปลง เอง” ประสบการณ์ของครอบครัวจากรุ่นสู่รุ่นมีส่วนทำให้ปัญหานี้เป็นเรื่องธรรมดา แก้อะไรไม่ได้ (เช่น ครอบครัวที่มองว่า ลูกๆ ก็หัวไม่ดี หัวทึบเหมือนพ่อแม่) นอกจากนี้ การใช้คำว่า “ความพิการ” ซึ่งเป็นคำที่มีความอ่อนไหวด้วยนิยามที่สังคมใช้อยู่คือ ความผิดปกติทางกาย - จิตที่เห็นชัด ถาวร ทำให้เกิดการปฏิเสธและไม่พร้อมที่จะร่วมมือแก้ไขปัญหา

สอง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าผิดปกติ ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีต้นทุนต่ำ (ยากจน พ่อแม่ไม่มีเวลา หรือไม่ได้อยู่ด้วยกัน) หลายครอบครัวต้องใช้เวลากับการทำมาหากิน ออกจากบ้าน แต่เช้า กลับค่ำ ชีวิตที่ดิ้นรน ทำให้การใช้เวลากับเด็กหรือการให้ความสนใจกับความเป็นอยู่ ของเด็ก การดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด ด้านการเรียน การทำการบ้าน ฯลฯ เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก

ปัญหาของเด็กๆ เหล่านี้จึงถูกมองข้ามหรือลดลำดับความสำคัญลงไป ปัญหาและความผิดปกติของเด็กจึงมักถูกซ่อนหรือซ่อนทับไว้ด้วยปัญหาด้านอื่นๆ ด้วยการมองข้าม หรือถูกจัดความสำคัญไว้ท้ายๆ

สาม การเข้าถึงระบบบริการหรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปัญหาความพิการทางสติปัญญาและปัญหาด้านพฤติกรรมต่างๆ ของเด็กจำนวนมากไม่ถูกค้นพบ และถูกปล่อยให้จมอยู่กับปัญหาสังคมหรือการศึกษาอื่นๆ ข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรด้านจิตเวช/จิตวิทยาด้านการศึกษาและด้านสังคม ทั้งในแง่จำนวนและทักษะทางวิชาการ เป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไป ซึ่งมีผลต่อการคัดกรองปัญหาความผิดปกติ และการให้ความช่วยเหลือเด็กและครอบครัวที่มีปัญหาแต่เนิ่นๆ หรืออย่างเหมาะสม ทำให้อุปสงค์ของปัญหานี้ที่ปรากฏในการรับรู้ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่ำกว่าปัญหาที่มีอยู่จริง ปัญหาที่เข้าสู่ระบบบริการเปรียบเสมือนแค่เพียงส่วนพื้นของภูเขาน้ำแข็ง

สี่ ปัญหาด้านพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กต้องการกรอบทัศนะที่กว้างและยาวของผู้ใหญ่ ของสังคม และของหน่วยงานที่รับผิดชอบ การมองปัญหาพัฒนาการทางสติปัญญาและพฤติกรรมว่าเป็นปัญหาของเด็กและครอบครัว หรือโยนให้ปัจจัยอื่น เช่น ระบบการศึกษา สื่อ ฯลฯ และเป็นปัญหาระยะสั้น เป็นการละเลยหรือมองข้ามความจริงว่า เด็กคือภาพสะท้อนของสังคม ปัญหาในเด็กคือปัญหาที่ผู้ใหญ่สร้าง รวมทั้งวิถีชีวิตของเด็กๆ ในวันนี้ คือวิถีชีวิตของสังคมในอนาคต การมีกรอบทัศนะที่แคบและสั้น มีผลให้หลายชุมชน หลายหน่วยงาน มองข้ามหรือไม่ให้ความสำคัญอย่างแท้จริงกับปัญหาเหล่านี้

2. ความสามารถในการให้บริการและสถานการณ์กำลังคนด้านวิชาชีพที่จำเป็นต่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน โดยการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้กระบวนการเก็บข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-questionnaire survey) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยข้อมูลวิชาชีพศึกษาจากวิชาชีพจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่มีบทบาทเป็นหัวหน้าทีมสหวิชาชีพในการจัดบริการสำหรับเด็กพิการในสถานบริการสาธารณสุข และข้อมูลจากทีมสถานบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีวิชาชีพหรือวิชาชีพไม่ครบใน 9 แห่ง ซึ่งใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 9 แห่ง

แบบสอบถามเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามข้อคำถามที่มีกรอบการศึกษาเพื่อประเมินสถานการณ์กำลังคนในเชิงปริมาณ การกระจายตัว ลักษณะงานและหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ภาระงานในปัจจุบัน และสมรรถนะในการให้บริการเด็กพิการในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานเอง โดยแบบสอบถามผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล/จัดบริการสำหรับเด็กพิการ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนานโยบายกำลังคนสุขภาพจำนวน 5 ท่าน หลังจากมีการแก้ไขทั้งหมด 2 ครั้ง และมีการนำแบบสอบถามไปทดสอบกับบุคลากร



การศึกษานี้สนใจวิชาชีพเฉพาะทางที่สามารถให้บริการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ โดยเฉพาะกลุ่มพิการทางสติปัญญา การเรียนรู้ และสติปัญญา ในกลุ่มแพทย์ หมายถึง กุมารแพทย์พัฒนาการและจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ซึ่งถือว่าให้บริการใกล้เคียงกัน พยาบาล หมายถึง กลุ่มพยาบาลที่มีการศึกษาหลักสูตรพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และพยาบาลที่ให้บริการอยู่ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ/คลินิกจิตเวชด้านเด็กและวัยรุ่น ครูการศึกษาพิเศษ หมายถึง ครูที่จบการศึกษาเฉพาะด้านการศึกษาสำหรับเด็กพิเศษหรือหลักสูตรใกล้เคียง โดยส่งแบบสอบถามไปตามข้อมูลของฐานข้อมูลแต่ละวิชาชีพ และสถานบริการที่มีบริการเฉพาะ ซึ่งอาจยังขาดบุคลากรบางส่วนที่ไม่มีข้อมูลอยู่ในระบบฐานข้อมูล เช่น ศึกษาจากต่างประเทศ หรือมีการโยกย้ายถิ่นฐานที่ไม่สามารถติดต่อได้

อัตราการตอบกลับแบบสอบถามคือ ร้อยละ 75.9 ซึ่งอยู่ในระดับที่พอยอมรับได้ในการนำมาวิเคราะห์ผล ยกเว้นวิชาชีพแพทย์ที่มีอัตราการตอบกลับร้อยละ 49.6 ซึ่งอาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของการแปลผลข้อมูล แบบสอบถามที่ตอบกลับมามีการกระจายในทุกภาคและกรุงเทพมหานคร เบื้องต้นพบว่า ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลวิชาชีพและข้อมูลจากแบบสอบถามมีความคลาดเคลื่อนทั้งปริมาณ สถานที่ทำงานปัจจุบัน เนื่องจากระบบฐานข้อมูลบางวิชาชีพไม่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ยังไม่มีข้อมูลในระบบฐานข้อมูล เพราะมีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวช คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ซึ่งส่วนใหญ่ (จำนวน 599 คน) ไม่ได้มีการศึกษาเฉพาะทางเพิ่มเติม แต่ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการอยู่ในปัจจุบัน

บุคลากรที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84) มีอายุการทำงานตั้งแต่จบการศึกษาเฉลี่ย 11.55 ปี พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานสูงสุด คือ เฉลี่ย 20.28 ปี ในขณะที่นักกิจกรรมบำบัดและนักกายภาพบำบัดมีอายุการทำงานเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 7.30 ปี และ 7.21 ปี ตามลำดับ ร้อยละ 50 บุคลากรยังทำงานในจังหวัดบ้านเกิด และเฉลี่ยโดยรวมแล้ว ร้อยละ 93 ปฏิบัติงานตามวิชาชีพที่ศึกษามา บุคลากร 1 ใน 4 ทำงานมากกว่า 1 แห่ง เช่น ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานรัฐแต่ทำงานคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนร่วมด้วย วิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีการปฏิบัติงานหลายแห่งมากที่สุด (ร้อยละ 35) พบว่ามีถึง 12% ที่ทำงาน 3 แห่งขึ้นไป

ในด้านการได้รับโอกาสในความก้าวหน้าทางวิชาชีพพบว่า มีถึง 311 คนใน 3,227 คนที่ไม่ได้รับโอกาสความก้าวหน้า และ 495 คนได้รับโอกาสแต่ไม่เพียงพอ นักกายภาพบำบัดและนักเวชศาสตร์แก้ไขการพูด และนักจิตวิทยาคลินิกเป็นวิชาชีพที่มองว่าตนเองไม่ได้รับโอกาสและไม่เพียงพอต่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพในงานปัจจุบันสูงที่สุด ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการย้ายหน่วยงานคือ 1 ครั้ง (ทุกวิชาชีพเท่ากัน) โดยประมาณร้อยละ 63 ที่ไม่เคยย้ายหน่วยงาน

โดยภาพรวม เฉลี่ยสัดส่วนบุคลากรภาคีรัฐต่อเอกชน = 19 : 1 ซึ่งแนวโน้มมีสัดส่วนน้อยกว่าความเป็นจริง เพราะบุคลากรภาคเอกชนไม่ตอบแบบสอบถามมากกว่าตามฐานข้อมูล

วิชาชีพ นักกิจกรรมบำบัดเป็นวิชาชีพที่มีสัดส่วนบุคลากรทำงานในภาคเอกชนสูงที่สุด คือ ภาครัฐ : เอกชน/คลินิก คือ 1 : 4 ซึ่งสะท้อนสถานการณ์ที่น่าเป็นกังวลต่อการจัดบริการกิจกรรมบำบัดในภาครัฐ โดยเฉพาะบริการสำหรับกลุ่มเด็กออทิสติกหรือบกพร่องทางการทำงานของสมอง ที่พบว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับนักกิจกรรมบำบัด เช่น การกระตุ้นการทำงานระบบประสาทสัมผัส (Sensory Integration) หรือการฝึกกระตุ้นการทำงานของสมอง ในหลายๆ ส่วน เช่น สมาธิ กล้ามเนื้อมัดเล็ก การทำงานประสานกันของการมองเห็นและมือ เป็นต้น

ลักษณะภาระงานของทั้ง 7 วิชาชีพมีภาระงาน ทั้งงานส่งเสริมป้องกัน การคัดกรอง งานตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา กระตุ้นพัฒนาการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ งานชุมชน งานวิชาการ/วิจัย/สอน งานขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีภาระงานหลายหน้างานมากที่สุด ทุกวิชาชีพมีภาระงานในการให้บริการทั้งเด็กพิการ เด็กป่วยกลุ่มอื่นๆ/เด็กปกติ วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ยกเว้นครูการศึกษาพิเศษ มีบุคลากรอยู่ประมาณร้อยละ 31 ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานดูแลเกี่ยวข้องกับเด็กพิการ ส่วนใหญ่คือ พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก และนักกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นวิชาชีพที่ต้องรับผิดชอบในกลุ่มเป้าหมายวัยอื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาจำนวนชั่วโมงทำงานที่บุคลากรให้บริการ/บำบัด หรือฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ โดยเทียบจำนวน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เท่ากับ 1 Full-Time Equivalence (FTE) พบว่า เฉลี่ยนักเวชศาสตร์การสื่อความหมายทำงานในการให้บริการเด็กพิการสูงสุด (0.63 FTE) รองลงมาคือ ครูการศึกษาพิเศษ (0.51 FTE) นักกิจกรรมบำบัด (0.49 FTE) ในขณะที่แพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกให้บริการเด็กพิการต่อสัปดาห์เฉลี่ย (0.24 FTE) และนักกายภาพบำบัดทำงานสำหรับเด็กพิการน้อยที่สุด (0.07 FTE) การตรวจรักษาของแพทย์ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 27 นาที ต่อราย และมีระยะเวลาในการนัดติดตามอาการเฉลี่ยประมาณ 62 วัน ส่วนนักวิชาชีพใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 30 - 50 นาที และมีการนัดบำบัดต่ออาทิตย์ละครั้ง - 1 เดือนครั้ง

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2555 - 2560 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์หลัก 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) ยุทธศาสตร์แก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนตามสายงานและภารกิจที่เร่งด่วน (2) ยุทธศาสตร์รักษากำลังคนที่มีอยู่ เพื่อหยุดการสูญเสียบุคลากรในระบบบริการและเพื่ออํารงรักษามูลค่าบุคลากรให้อยู่ในระบบบริการหลักของประเทศไทยอย่างยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี (3) ยุทธศาสตร์ปรับกระบวนการทํางานที่สร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักเรื่องกำลังสาธารณสุข และ (4) ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังสาธารณสุข

แต่อย่างไรก็ดี ผลการศึกษาสะท้อนว่า ปริมาณบุคลากรวิชาชีพในการจัดบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการในประเทศไทยยังอยู่ในสถานการณ์ที่มีการขาดแคลนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ และนักเวชศาสตร์แก้ไขการพูด ปัจจุบันมีสถาบันการผลิตจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น หรือแพทย์พัฒนาการเด็กของภาครัฐมี 4 สถาบัน กำลังผลิต



ในปัจจุบันอยู่ที่ปีละประมาณ 15 - 20 คน การกระจายตัวของบุคลากรมีการกระจุกตัวส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียงถึง 50% การกระจายตัวบุคลากรวิชาชีพพยาบาลมีปัญหาอย่างมากในต่างจังหวัด โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพราะเป็นภาคที่มีจำนวนจังหวัดมากที่สุด และมีประชากรเด็กมากที่สุด เมื่อเทียบกับสัดส่วนบุคลากรพบว่า หลายจังหวัดยังไม่มีบุคลากรในด้านนี้เลย การสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติชี้ว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ เป็นภาคที่พบปริมาณคนพิการสูงกว่าภาคอื่นๆ และเด็กที่เกิดในภาคเหนือ มีโอกาสพิการสูงกว่าคนในภาคอื่นๆ ข้อมูลการศึกษาความยากจน พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาสูงสุดเมื่อเทียบกับพื้นที่อื่น จึงอาจตั้งสมมติฐานได้ว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือน่าจะเป็นภาคที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการสูงสุด และจำเป็นต้องมีการวางแผนแก้ไขเร่งด่วน

วิชาชีพที่มีความขาดแคลนสูง เช่น นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด ปัจจุบันมีแนวโน้มการผลิตลดลงเรื่อยๆ และยังไม่เห็นแผนแก้ไขปัญหาการขาดแคลน ในขณะที่วิชาชีพที่มีความต้องการสูงเพราะสามารถให้บริการกลุ่มเป้าหมายได้หลายช่วงวัย และกลุ่มที่มีแนวโน้มมองไกลไปอยู่ภาคเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว ถึงแม้มีหลังจากการศึกษาทบทุนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2553 ได้มีความพยายามผลิตเพิ่ม แต่ก็ยังไม่สามารถผลิตได้ และจากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขชี้ว่าอัตราการลาออกของแพทย์และบุคลากรยังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามการประมาณการความต้องการที่กำหนดไว้นอกจากนี้ การบริหารจัดการกำลังคน แรงจูงใจ และโอกาสทางตำแหน่ง และความก้าวหน้าทางวิชาชีพที่ยังมีปัญหามากๆ ด้านน่าจะเป็นความท้าทายสำคัญ ปัญหากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขในกรณีนี้จะตอบสนองให้เกิดการเข้าถึงบริการสำหรับเด็กพิการได้จริง

เมื่อพิจารณาบทบาทและสมรรถนะของกลุ่มวิชาชีพเฉพาะพบว่า ค่าเฉลี่ยของทุกวิชาชีพมองว่าตนเองไม่ได้มีบทบาทในการให้การดูแลเด็กพิการตั้งแต่เกิดจนโต (across life span) และมีบทบาทการทำงานร่วมกับชุมชนในการสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการของหน่วยงานในภาครัฐน้อย โดยมองว่าตนไม่มีเวลาเพียงพอในการให้บริการการดูแลเด็กพิการได้เต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับภาระงานและปริมาณความต้องการในการรับบริการที่เพิ่มสูงขึ้น และต้องตอบสนองต่อผู้รับบริการในพื้นที่ที่ยังไม่มีบุคลากรด้านนี้ แพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะปฏิบัติหน้าที่เฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์และโรงเรียนแพทย์ ในขณะที่ข้อมูลการกระจุกตัวของเด็กพิการอยู่ในชนบทหรือต่างจังหวัดซึ่งไม่มีบุคลากรและไม่มีตำแหน่งสำหรับบุคลากรวิชาชีพ

จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันทั้งในแง่ระดับการทำงาน คือระดับชุมชน (รพ.สต./รพช.) และระดับโรงพยาบาล

จังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งแต่ละระดับขึ้นกับความพร้อมของบุคลากรและการประสานระบบบริการในระดับต่างๆ ที่แตกต่างกัน โครงสร้างการทำงานและการไม่มีตำแหน่งของหลายวิชาชีพในระดับโรงพยาบาลต่างจังหวัดยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข เช่น นักเวชศาสตร์สื่อความหมายมักขึ้นตรงกับงานหู คอ จมูก ส่วนนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด มักอยู่ภายใต้โครงสร้างเวชกรรมสังคม หรืองานกายภาพซึ่งเน้นเฉพาะคนพิการทางกาย หรือผู้สูงอายุ ส่วนนักการศึกษาพิเศษไม่มีตำแหน่งจาก ก.พ. ให้กับกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่สามารถเป็นทั้งพนักงานของรัฐหรือข้าราชการ ทำให้ต้องไปขึ้นอยู่กับกระทรวงศึกษาธิการ แต่ยังไม่สามารถพัฒนางานเชิงระบบได้ ต้องใช้ระบบส่งต่อ ซึ่งรอยต่อยังไม่สามารถเชื่อมเป็นระบบที่เอื้อประโยชน์ต่อเด็กพิการได้ ทำให้เกิดปัญหาการหลุดหายไปของคนไข้ (loss follow up) จำนวนมากเพราะบริการยังกระจัดกระจาย บางพื้นที่ผู้ปกครองและเด็กพิการต้องเดินทางไปหลายโรงพยาบาลเพื่อจะได้รับการบำบัดครบ ทำให้ส่วนใหญ่ผู้ปกครองมักมารับการรักษาในเฉพาะระยะแรก และหยุดการรักษาด้วยตนเอง การทำงานเชิงรุกยังมีปัญหาเรื่องความเข้าใจผิดๆ และการตีตราในสังคม (stigmatization) คำว่า “พิการ” ทำให้ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครอง

มิติทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลชัดเจนต่อการได้รับความร่วมมือ การตระหนักความสำคัญในการเข้ารับบริการของครอบครัว/ผู้ปกครอง และชุมชน ต่อปัญหาความพิการที่มีธรรมชาติอันมองเห็นได้ยากของเด็ก แนวคิดของศาสนาอิสลามที่มองความเจ็บป่วยเป็นเรื่องกรรมด่าเป็นไปตามพระประสงค์ของอัลเลาะห์ มีผลต่อการที่ผู้ปกครองจะมองข้ามความจำเป็นในการช่วยเหลือเด็กภาคเหนือ วัฒนธรรมชุมชนในเรื่องหน้าตาและการได้รับการยอมรับทางสังคม มีผลต่อการที่ผู้ปกครองไม่ค่อยยอมรับคำวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าบุตรหลานของตนมีความผิดปกติ

เมื่อเทียบอัตราส่วนบุคลากรวิชาชีพต่อค่าประมาณการเด็กพิการ เช่น แพทย์ (รวมจิตแพทย์ เด็กและวัยรุ่น และกุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก) 1 คนรับผิดชอบเฉพาะเด็กพิการ 3,811 คน ซึ่งในความเป็นจริงแพทย์ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ และมีบทบาทอื่นๆ ร่วมด้วย รวมถึงในขณะที่เด็กพิการส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่พบว่าแพทย์มีการกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครถึง 49%

โดยสรุป สถานการณ์ปัจจุบันกำลังคนวิชาชีพที่มีบทบาทในการจัดบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการยังมีความขาดแคลนอย่างรุนแรงในทุกวิชาชีพและมีอุปสรรคในหลายมิติ เมื่อเทียบกับปริมาณความต้องการต่อบริการของเด็กพิการในปัจจุบัน รวมถึงการบริหารจัดการกำลังคนของภาครัฐที่มีอัตราการลาออกและกลุ่มบุคลากรที่กำลังจะเกษียณอายุในระยะเวลาอันใกล้ ยังสะท้อนว่าเผชิญความท้าทายที่จะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการได้ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก



3. ระบบการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการและรูปแบบกำลังคน ทางเลือกในระดับพื้นที่

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความซับซ้อนของปัจจัยกำหนดทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ที่มีผลต่อปัญหาและความต้องการของเด็กพิการในบริบทของวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคม ใช้ข้อมูลจากการเยี่ยมสัมภาษณ์ครอบครัวเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทั้งสิ้น 566 ราย ใน 4 จังหวัด คือ กาฬสินธุ์ พะเยา สงขลา และ ลพบุรี (ร้อยละ 67 ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทั้งหมด) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับผู้ปกครองหรือพ่อแม่ของเด็ก และการสังเกตบ้านและสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวของเด็ก โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ กึ่งสังเกตการณ์ และเทปบันทึกเสียง เป็นเครื่องมือการเยี่ยมบ้าน จะทำโดยทีมวิจัย ด้วยความช่วยเหลือประสานงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อสม. และเจ้าหน้าที่ และจากองค์การบริหารส่วนตำบล

การศึกษาพบว่า ความพิการในเด็กยังเป็นปัญหาที่หลายฝ่ายและสังคมมองไม่เห็นถึงขนาดของปัญหา คำว่า “พิการ” ยังเป็นอุปสรรค (barrier) โดยตัวเอง วิกฤติอื่นๆ ในสังคมยังทำให้ปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการของเด็กพิการไม่ใช่ปัญหาสำคัญสำหรับคนในสังคมและระบบรัฐ ระบบรัฐในการจัดบริการสำหรับเด็กพิการยังมีรอยต่ออย่างมาก จำเป็นที่จะต้องมองปัญหานี้ด้วยมุมมองความพิการตามนิยามทางสังคม (social model of disability) คำนึงถึงความซับซ้อนของระบบ (complex system) และแก้ปัญหาแบบซับซ้อน เด็กพิการยังตกอยู่ในภาวะวิกฤติครอบครัว เช่น ความยากจน ปัญหาการหย่าร้าง ปัญหาครอบครัว และระบบการช่วยเหลือที่แยกส่วน ระบบค่าใช้จ่ายรายหัวเด็ก ได้สร้างความกระตือรือร้นในการค้นหาเด็กพิการทางการเรียนรู้ แต่เด็กและผู้ปกครองยังเผชิญการตีตรา อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของรัฐในทุกด้าน

รูปแบบบริการที่จำเป็นต้องมองให้ครอบคลุมทุกมิติ (Comprehensive services) รูปแบบบริการต้องเน้นการจัดบริการเชิงรุก โดยเน้นให้เด็กสามารถอยู่ในสังคมปกติ ห้องเรียนปกติได้ อาจใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ซึ่งมีลักษณะเดียวกันคือ ต้องมีความต่อเนื่องของการรับบริการ ความพิการทางการเรียนรู้และความพิการทางสติปัญญาเป็นความพิการที่ควรมีการทบทวนสิทธิประโยชน์ที่จำเป็น

ประเทศไทยยังเผชิญกับอุปสรรคของช่องว่างระหว่างอุปสงค์และอุปทาน ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการจัดบริการสำหรับเด็กพิการอย่างมาก ความคิดนอกกรอบระบบปกติ ในการสร้างความร่วมมือระหว่างท้องถิ่นกับหน่วยบริการ โรงเรียน กลุ่มพ่อแม่เด็กพิการที่มีความเข้มแข็ง ด้วยการสนับสนุนทางวิชาการจากส่วนกลางน่าจะเป็นทางออกการแก้ไขปัญหาในระยะสั้นที่สถานการณ์การขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพด้านนี้ยังมีความรุนแรง การพัฒนาระบบการวินิจฉัยส่วนกลาง (Central Diagnostic Centre) มีระบบการให้คำปรึกษาการบำบัดฟื้นฟูพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากร (Consultation system) มีความช่วยเหลือและการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก

เข้าไปในชุมชนหรือในโรงเรียน (Active Outreach services) และการสร้างความเข้มแข็งในกลุ่มผู้ปกครองเด็กพิการที่มีศักยภาพในการเป็นกำลังคนทางเลือก น่าจะเป็นทางออกการแก้ไขปัญหาในระยะสั้นของประเทศได้

การพัฒนารูปแบบเพื่อการแก้ปัญหาเด็กที่มีความผิดปกติเหล่านี้ มีข้อสรุปสำคัญว่า

หนึ่ง วัตถุประสงค์แรกของโครงการ คือ การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูและดูแลสุขภาพเด็กพิการในชุมชน ด้วยการใช้กำลังคนทางเลือก ด้วยสมมุติฐานว่า ปัญหาความพิการทางสติปัญญาจะเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดชัดเจน และต้นทุนทางสังคมที่สามารถระดมเพื่อนำมาสร้างรูปแบบการให้บริการฟื้นฟูดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ทว่าในความเป็นจริง ผลจากการติดตามศึกษาเด็กที่มีความผิดปกติและครอบครัว ทำให้พบว่าเด็กๆ เหล่านั้นมีปัญหาความผิดปกติและความพิการที่ซับซ้อนและแตกต่างกัน ทั้งในแง่ลักษณะปัญหา (เช่น สติปัญญาคาบเส้น เรียนรู้ช้า แอลดี สมาธิสั้น และบางรายมีความพิการทางกายร่วม) และสภาพความเป็นอยู่ สถานะ รายได้ของครอบครัว ซึ่งทั้งหมดส่งผลต่อระดับความต้องการบริการและความช่วยเหลือแตกต่างกัน ปัญหาเหล่านี้ยังถูกระทบจากเงื่อนไขเชิงบริบท เช่น ต้นทุนทางสังคมอื่นๆ ในชุมชน การมีอยู่ของโรงเรียนปกติ และโรงเรียนการศึกษาพิเศษ สถานบริการสาธารณสุขและบุคลากร

สอง ข้อมูลจากการวิเคราะห์กลุ่มเด็กที่มีความผิดปกติทั้งหมด 566 คน แยกเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสูงต้นทุพพิกาล ปัญหาปานกลาง/ต่ำ ต้นทุนครอบครัวปานกลาง/ต่ำ และกลุ่มที่มีปัญหาสูง ต้นทุนสูง สะท้อนว่ารูปแบบบริการที่จะตอบสนองปัญหาและความต้องการของเด็กและครอบครัวเป็นเรื่องที่ต้องออกแบบให้มีความหลากหลายและยืดหยุ่น ให้ตรงกับปัญหาของแต่ละกลุ่ม เช่น กลุ่มที่มีปัญหาสูง ต้นทุนต่ำ ต้องการความช่วยเหลือแบบบูรณาการ ทั้งบริการทางการแพทย์ สวัสดิการ การศึกษา และเศรษฐกิจ ขณะที่กลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง ต้องการระบบบริการที่เป็นสิ่งแวดลอม ให้การสนับสนุนเพื่อให้เด็กและครอบครัวสามารถข้ามผ่านภาวะเหล่านั้นไปได้

สาม การศึกษานี้ยืนยันคล้ายคลึงกับข้อค้นพบที่ผ่านมา ที่ว่าระบบบริการและความช่วยเหลือสำหรับเด็กที่มีความพิการและผิดปกติของกลไกหลักในปัจจุบัน เป็นกลไกที่ขาดรอยเชื่อมต่อและการบูรณาการ ทั้งของระบบการศึกษา (การเชื่อมโยงข้อมูลและการช่วยเหลือเด็กจากศูนย์เด็กเล็ก อนุบาล ถึงประถมศึกษาและสูงขึ้น โรงเรียนที่จัดบริการสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ) ระบบของการช่วยเหลือทางด้านสังคมและสวัสดิการ (การขึ้นทะเบียนความพิการ การสนับสนุนด้านสวัสดิการ ฯลฯ) และของระบบบริการทางการแพทย์ (การขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ ทำให้ต้องใช้เวลารอคิวนาน การส่งต่อที่ไกลและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย) ทั้งหมดทำให้เกิดการเข้าไม่ถึงบริการแบบวิชาชีพของเด็กในหลายครอบครัว



ล ความต้องการบริการบำบัดและฟื้นฟูของเด็กที่มีปัญหายังพบว่าถูกปิดบังไว้ด้วยทัศนคติที่มองข้ามและปฏิเสธการยอมรับความจริงของพ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็ก ความเปี่ยงเบนทางพฤติกรรม (การเรียนช้า อ่านไม่ออก คิดเลขไม่คล่อง ความสนใจไม่มี ภาวะทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคง ฯลฯ) มักถูกมองว่าเป็นเรื่องธรรมดา เหมือนกับพ่อแม่ตอนเด็ก โตขึ้นก็หาย ที่สำคัญคือ หากผู้ที่บอกว่าถึงความผิดปกติของเด็กเป็นบุคคลที่ครอบครัวยังไม่ยอมรับ หรือไม่เชื่อถือ และด้วยการใช้คำว่า เด็กมีความพิการ หรือเป็นเด็กพิเศษ ปัญหาก็จะยิ่งถูกปฏิเสธจากพ่อแม่หรือ ผู้ปกครองมากขึ้น ในบางกรณีที่แม้ครอบครัวจะรับรู้ว่ามีเด็กมีความผิดปกติหรือพิการ แต่ครอบครัวก็อาจจะเลือกไม่ส่งเด็กไปรับการรักษา หรือไปอยู่โรงเรียนการศึกษาพิเศษ ด้วยเหตุผลว่ารักและสงสาร ไม่อยากให้อยู่ห่าง ทั้งหมดนี้ทำให้การเข้าถึงบริการของเด็กที่มีความผิดปกติเหล่านี้น้อยและยากมากขึ้นไปอีก

ห ผลการจัดเวทีค้นหาข้อมูลในพื้นที่ทำให้มองเห็นความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบบริการเพื่อการบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพของเด็กที่มีความพิการหรือผิดปกติเหล่านั้น ลักษณะสำคัญของรูปแบบบริการก็คือ **หนึ่ง** การใช้พื้นที่/ชุมชนเป็นฐาน **สอง** การใช้ข้อมูลการคัดกรองทางการแพทย์และการเยี่ยมครอบครัว เป็นพื้นฐานในการทำงานร่วมกัน โดยเน้นที่กลุ่มเป้าหมายสำคัญเร่งด่วน

ท รูปแบบการบริการที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นไปได้ในระดับพื้นที่ จากผลการจัดเวทีเพื่อค้นหาข้อมูลของพื้นที่ต่างๆ ก็คือ **หนึ่ง** รูปแบบสำหรับเด็กที่มีปัญหามาก (กลุ่มปัญหารุนแรง ต้นทุนต่ำ) ที่มีการนำเด็กมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเป็นรายกรณี ทำให้เกิดรูปแบบการบริการแบบผสมผสานในระดับพื้นที่ ด้วยการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน บุคคลที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ/ตำบล เช่น พัฒนาสังคมของเทศบาล อบต. เพื่อสำรวจ ขึ้นทะเบียนสิทธิผู้พิการ และช่วยเหลือด้านสังคม เศรษฐกิจ กับครอบครัวเด็ก หน่วยงานสาธารณสุขการบำบัดรักษาและส่งต่อไปรับการรักษากับผู้เชี่ยวชาญนอกพื้นที่ หน่วยงานการศึกษาพิเศษ และโรงเรียนในพื้นที่ ฯลฯ เป็นต้น **สอง** รูปแบบสำหรับเด็กที่มีปัญหาความพิการทางการเรียนรู้ ด้วยการสร้างระบบการเรียนการสอนโดยชุมชน/ผู้ปกครอง ที่จะช่วยยกระดับด้านการอ่าน การเขียนให้กับเด็ก พร้อมทั้งเสริมสร้างศักยภาพด้านอื่นๆ ที่เด็กมี และยกระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กๆ **สาม** รูปแบบการช่วยเหลือเด็กที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีปัญหาที่ยังไม่ชัด หรือมีแนวโน้มจะมีปัญหามากขึ้น ที่ต้องอาศัยการร่วมมือกันของท้องถิ่นและชุมชน รวมถึงโรงเรียน ในการเปิดพื้นที่ให้กับเด็กๆ และผู้ปกครองได้มีกิจกรรมการพัฒนาร่วมกัน

การศึกษานี้ได้พบประเด็นเชิงนโยบายที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ผลกระทบจากการวัดให้ความบกพร่องทางการเรียนรู้ เป็นหนึ่งในความพิการตามกฎหมาย ซึ่งส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจผิด และปฏิเสธสถานะความผิดปกติของเด็ก และเข้ารับการช่วยเหลือหลายครั้ง กลายเป็นความขัดแย้งระหว่างโรงเรียนกับผู้ปกครอง ในทางวิชาการ ความพิการทางการเรียนรู้เป็นข้อจำกัดเฉพาะความสามารถในการเรียนรู้ที่เป็นวิชาการ (อ่าน เขียน คำนวณ) ซึ่งการถูกนิยามว่าเป็น

ความพิการก็เป็นเรื่องยากที่ผู้ปกครองจะยอมรับ ด้านหนึ่งเพราะจะถูกนำไปโยงกับความหมายและภาพลักษณะของพิการซึ่งสังคมมักหมายถึง ความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจ ที่ประจักษ์ชัดเจน และมีความหมายเชิงลบ การจัดให้การอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ เป็นความพิการ จึงไม่เพียงขัดแย้งกับการรับรู้ แต่ยังมีผลต่อการถูกตีตราทางสังคม นอกจากนี้ ความพิการทางการเรียนรู้ยังเป็นเรื่องผิดปกติที่มีข้อจำกัดทั้งด้านการวินิจฉัย เครื่องมือที่ใช้วัดยังมีข้อจำกัดในการแยกแยะสาเหตุ และต้องใช้ด้วยวิชาชีพเฉพาะ คือ นักจิตวิทยาคลินิก ประการสำคัญ คือ ความพิการทางการเรียนรู้ไม่ได้มีข้อจำกัดในชีวิตด้านอื่นๆ (เช่น ตามนิยามของ The International Classification of Functioning, : Children and Youth Version (ICF-CY) ความพิการ คือ การที่ร่างกายหรือโครงสร้างมีความพิการไม่สามารถปฏิบัติตามหน้าที่ หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงาน หรือส่งผลต่อการอยู่ในสังคม) ซึ่งโดยความเป็นจริงแล้วเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ยังมีความสามารถในการเรียนรู้ผ่านรูปแบบอื่นๆ ได้ปกติ ข้อมูลที่รวบรวมได้ยังพบว่า เด็กที่ถูกวินิจฉัยว่าพิการทางการเรียนรู้ได้รับสิทธิคนพิการด้วยเหตุผลของความยากจนและด้อยโอกาสมากกว่า เพราะความพิการที่แท้จริงที่สำคัญคือ ความพิการทางการเรียนรู้จำนวนไม่น้อยเป็นผลจากการขาดโอกาสทางการศึกษา การออกแบบหลักสูตร หรือการไม่ได้รับการเรียน การสอน การช่วยเหลือทั้งจากครูและผู้ปกครองที่เหมาะสมและดีพอ บทสรุปในเรื่องนี้คือ ความพิการทางการเรียนรู้ไม่ควรถูกรวมอยู่ในนิยามความพิการ (disability) แต่ควรถือเป็นความบกพร่อง (disorder) ซึ่งการทำงานทางวิชาการด้วยการแบ่งกลุ่มความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning disorder) ให้ชัดเจนว่าความผิดปกติระดับใดที่ควรนับเป็นความพิการอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการทางการศึกษา ทางสังคมและสุขภาพ เพื่อให้มีระบบที่บูรณาการและไร้รอยต่อ คือ การใช้พื้นที่เป็นฐาน พัฒนาข้อตกลงอย่างเป็นทางการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ถือเด็กเป็นศูนย์กลาง กำหนดบทบาทการดูแลเด็กของหน่วยงานต่างๆ ที่ชัดเจน เพื่อช่วยลดการทำงานที่ทับซ้อนกันและเพิ่มความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายระหว่างผู้ให้บริการแต่ละด้านและระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เช่น ตัวอย่างในประเทศนอร์เวย์และญี่ปุ่น เน้นการอบรมครูให้มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและบทบาทของสหวิชาชีพในการดูแลเด็กร่วมกัน

ข้อจำกัดผลการวิจัย

1. เนื่องด้วยระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยที่จำกัด กระบวนการวิจัยบางขั้นตอนจำเป็นต้องมีการปรับภายใต้กรอบเวลา เช่น การคัดเลือกตำบลจำเป็นต้องใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง การตรวจวินิจฉัยเด็กทั้งตำบลในระยะเวลาที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถเข้าไปดำเนินการเก็บข้อมูลตามบ้าน และไม่สามารถติดตามเด็กที่มีชื่อแต่ไม่พบตัวในพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่มีความพิการติดบ้าน ยังเข้าไม่ถึงบริการของรัฐได้ ซึ่งทำให้ข้อมูลยังเป็นเพียงการประมาณการค่าที่ใกล้เคียงความเป็นจริง



2. ข้อมูลการศึกษากำลังคนเชิงปริมาณ ได้จากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และข้อมูลบุคลากรส่วนหนึ่งขาดหายไปจากกลุ่มบุคลากรในสถานบริการภาคเอกชน/ไม่ได้ปฏิบัติงานตามวิชาชีพ/มีการย้ายถิ่นฐานไม่ตรงตามฐานข้อมูล ซึ่งอาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลในบางประเด็น

3. ฐานข้อมูลวิชาชีพมีความคลาดเคลื่อน เมื่อเทียบกับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ซึ่งทำให้มีผลต่อความครบถ้วนและความน่าเชื่อถือของการกระจายตัวของบุคลากรวิชาชีพที่ทำการศึกษา

4. การวินิจฉัยความพิการทางสติปัญญาและการทางการเรียนรู้ ด้วยการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นด้วยเครื่องมือทางจิตวิทยา SPM และ WRAT ในระยะเวลาอันสั้น อาจมีข้อจำกัดในการแยกแยะเด็กที่ไม่สามารถใช้ความสามารถได้เต็มที่ในระยะเวลาอันสั้น

5. งานวิจัยนี้เน้นการนำเสนอข้อมูลที่จะสะท้อนภาพรวมของประเทศ ซึ่งทำให้ข้อมูลระดับภาคอาจไม่สามารถนำเสนอความเป็นตัวแทนของภาคได้จริง การใช้ข้อมูลจึงเป็นเพียงการคาดการณ์และตั้งสมมติฐานจากข้อมูล

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการจัดบริการภาครัฐสำหรับเด็กพิการ

1. ควรมีการแก้ไขกฎหมายเพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพคนในท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับการใช้งบประมาณ และเป็นเจ้าภาพหลักในการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ โดยควรถือให้เป็นแผนที่ต้องทำให้สำเร็จในแผนระยะสั้นและระยะกลางเพื่อสร้างพื้นที่การทำงานร่วมกันและการสร้างระบบที่ไร้รอยต่อสำหรับคนพิการหรือผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่ได้

2. ควรมีการทบทวนเกณฑ์การระบุความพิการทางการเรียนรู้ และมีการพัฒนาเกณฑ์และพิจารณาคุณภาพในการช่วยเหลือเด็กพิการทางการเรียนรู้และการทางสติปัญญาเข้ามาเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดสรรงบรายหัว

3. ควรมีการดัดศักยภาพชุมชนและผู้ปกครองเด็กพิการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาารูปแบบบริการที่ครอบคลุมทุกมิติ (Comprehensive services) โดยเน้นให้เด็กสามารถอยู่ในชุมชนและห้องเรียนปกติได้ เพื่อให้มีความต่อเนื่องของการได้รับบริการ

4. ความพิการทางการเรียนรู้และความพิการทางสติปัญญาเป็นความพิการที่ควรมีการทบทวนสิทธิประโยชน์ที่จำเป็น โดยคำนึงถึงมุมมองของเด็กและผู้ปกครองเป็นสำคัญ

5. ควรเร่งรัดการพัฒนาแผนการแก้ไขปัญหาคความพิการในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนากำลังคนการจัดบริการฟื้นฟู สมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรมีการทบทวนแผนการผลิต ตำแหน่ง และโครงสร้างงานในสถานบริการให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นในการจัดบริการ รวมถึงการเร่งปรับปรุงการบริหารจัดการ การกระจายกำลังคนในกลุ่มที่จัดบริการเฉพาะด้าน เพื่อตอบสนองให้เกิดการเข้าถึงบริการสำหรับเด็กพิการได้จริง โดยให้ความสำคัญกับการผลิตกำลังคนเพื่อพื้นที่ที่มีการขาดแคลนสูงหรือมีปริมาณความต้องการบริการสูง คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. ควรมีการทบทวนและพิจารณาความเป็นไปได้ของมาตรการการถ่ายโอนภาระงานบางส่วนที่สามารถพัฒนากำลังคนที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ เช่น อสม. เฉพาะด้าน พ่อแม่เด็กพิการที่มีศักยภาพในพื้นที่ สามารถดึงมาเป็นพี่เลี้ยงให้พ่อแม่เด็กพิการอื่นๆ บุคลากรที่มีอยู่ในชุมชนที่อาจไม่ใช่วิชาชีพ แต่มีใจในการทำงาน โดยคำนึงถึงว่ากำลังคนในพื้นที่ยังต้องการกระบวนการสนับสนุนโดยวิชาชีพทั้งเชิงทักษะ ความรู้ การสื่อสารทำความเข้าใจและวิธีการในการช่วยเหลือเด็กพิการอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นมิติที่คนในระดับพื้นที่ยังมีความไม่เข้าใจอยู่มาก

3. วิชาชีพที่ยังมีความขาดแคลนอย่างมากเรียงตามลำดับ กล่าวคือ นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์พัฒนาการ นักกิจกรรมบำบัด ควรมีมาตรการเฉพาะในการเร่งการผลิต และมีมาตรการที่ชัดเจนในการรักษาบุคลากรให้อยู่ในระบบสาธารณสุข อาจเริ่มโครงการทดลองการสร้างความร่วมมือกับเอกชน/คลินิกในพื้นที่ที่ไม่มีบุคลากรในภาครัฐ เพื่อให้เด็กพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการในระยะสั้นที่ยังไม่มีบุคลากร

4. การจัดการและปรับปรุงฐานข้อมูลกำลังคน ควรมีการพัฒนาให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการในทุกปีงบประมาณ ดังจะเห็นได้ว่า สถานการณ์ในปัจจุบันมีอัตราการลาออก สมองไหลสู่เอกชนอย่างต่อเนื่องทุกปี การจัดการข้อมูลทั้งระดับประเทศและระดับจังหวัดจึงมีความสำคัญ ในพื้นที่ระดับจังหวัดอาจมีการดึงนักสถิติจังหวัดซึ่งมีอยู่ทุกจังหวัด รวมถึงมีการสื่อสารสถานการณ์พื้นที่ขาดแคลนกำลังคนที่ต้องการเร่งด่วนกับสภาวิชาชีพและโรงเรียนผลิตวิชาชีพต่างๆ

5. การพัฒนารูปแบบบริการแบบความร่วมมือระหว่างรัฐ - เอกชน (Public - Private Partnership) เพื่อการใช้กำลังคนในภาคเอกชนหรือบุคลากรที่อยู่นอกระบบแต่ยังอยู่ในพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความขาดแคลนบุคลากรสูง เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. การศึกษาติดตามเด็กพิการในระยะยาว ในพื้นที่ซึ่งมีบริบทแตกต่างกัน และมีความซับซ้อนที่แตกต่างกันในแต่ละภาคมีความสำคัญที่จะนำไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีความเฉพาะต่อความซับซ้อนของพื้นที่



2. การศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility studies) ในการใช้รูปแบบการจัดบริการทางเลือก
 - การจัดบริการโดยใช้ศักยภาพชุมชน ร่วมกับผู้ปกครองเด็กพิการ
 - การจัดบริการรูปแบบบริการแบบความร่วมมือระหว่างรัฐ - เอกชน (Public - Private Partnership)

3. การศึกษาเพื่อทบทวนความพิการของความพิการทางการเรียนรู้ และการทบทวนสิทธิประโยชน์สำหรับเด็กพิการทางการเรียนรู้และพิการทางสติปัญญา ซึ่งเป็นกลุ่มพิการใหญ่ของประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- 1) United Nations. The Millennium Development Goals Report [Internet]. 2010 [Cited 2012 Sep 10]. Available from: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf>
- 2) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร; 2551 [สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2556]. แหล่งข้อมูล: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/disabilityRep_50.pdf
- 3) สมัชชาสุขภาพ. รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มติ 2 ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2556]. แหล่งข้อมูล: <http://classic.samatcha.org/?q=taxonomy/term/22>
- 4) สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. ข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2555 [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2556]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nep.go.th/index.php?mod=tmpstat>.
- 5) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สุขความเป็นธรรม ระบบบริการสุขภาพคนพิการ ปีที่ 1 ฉบับที่ 7 ประจำเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2556]. แหล่งข้อมูล: <http://old.hsri.or.th/sites/default/files/hsri-forum7-website.pdf>
- 6) ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร. ความเป็นธรรมทางสุขภาพ: บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2548 [สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://resource.thaihealth.or.th/library/11978>
- 7) ประทีป ธนกิจเจริญ. บทสัมภาษณ์ไทยรัฐออนไลน์ วันที่ 22 มีนาคม 2555 ข้อมูลจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุกรณ์ฯ และการให้บริการฟื้นฟู ณ 30 กันยายน 2554 [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thairath.co.th/content/edu/246326>
- 8) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและแผนงานติดตามสถานการณ์ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ. สถานการณ์คนพิการในสังคมไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการและคุณภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 และ 2550. นนทบุรี : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
- 9) Marianne S. Understanding the UN Convention Of Person with Disabilities [Internet]. 2009. [Cited 2013 Mar 18]. Available from: http://iddcconsortium.net/sites/default/files/resources-tools/files/hi_crpd_manual_sept2009_final.pdf
- 10) World Health Organization. World Report on Disability 2011. [Internet]. 2011. [Cited 2013 Mar 10]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf



- 11) World Health Organization. A guide to rapid assessment of human resource for health [Internet]. 2004. [Cited 2013 Mar 10]. Available from: http://www.who.int/hrh/tools/en/Rapid_Assessment_guide.pdf
- 12) World Health Organization. Atlas global resources for person with Intellectual Disabilities [Internet]. 2007. [Cited 2012 Sep 10]. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas_id_2007.pdf
- 13) Department of Human Services. Disability and Rehabilitation [Internet]. [Cited 2013 Apr 16] Available from: <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=29727>
- 14) พิตยา จารุพูนผล. ทิศทางนโยบายทางด้านระบบสุขภาพที่เหมาะสมกับประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555; 42(2) : 1 - 3.
- 15) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานบทบาทภาครัฐเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; กุมภาพันธ์ 2554 [สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2556]. แหล่งข้อมูล: <http://bps.ops.moph.go.th>
- 16) พิมพ์ ขจรธรรม. สภาพความพิการของเด็กวัยเรียนในประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยราชสุดา 2548; 1(1) : 21 - 32.
- 17) สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการจำแนกตามภูมิภาคและเพศ ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึงวันที่ 31 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2556]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nep.go.th/index.php?mod=tmpstat>.
- 18) Marilyn S.L. Early Intervention for Children Birth to 3: Families, Communities and Communication [Internet]. [Cited 2013 Mar 13]. Available from: http://www.infanthearing.org/ehdi-ebook/2012_ebook/Chapter10.pdf
- 19) Pringle B.A., Colpe L.J., Blumberg S.J., Avila R.M., Kogan M.D. Diagnostic History and Treatment of School-aged Children with Autism Spectrum Disorder and Special Health Care Needs. National Center Health Statistics Data [Internet]. 2012 [Cited 2012 Sep 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db97.pdf>
- 20) The Data Resource center for Child and Adolescent Health. Child and Adolescent Health Measurement Initiative. National Survey of Children's Health Data 2007 [Internet]. 2007 [Cited 2012 Sep 10]. Available from: <http://www.childhealthdata.org>
- 21) American Academy of Pediatrics. Caring for Our Children 3rd edition: National Health and Safety Performance Standards. Washington, DC: American Public Health Association, America; 2011. p. 333 - 43.

- 22) Taletha D., Beppie S., Brenda S. The Effectiveness of Early Intervention Services [Internet]. 2003 [Cited 2012 Sep 10]. Available from: <http://www.seek.hawaii.edu/Products/4-Info-Binder/LR-Effectiveness.pdf>
- 23) Craig V. et al. Integrating evidence into policy and sustainable disability services delivery in western New South Wales, Australia: the 'wobbly hub and double spokes' project. BMC Health Services Research [Internet]. 2012 [Cited 2012 Feb 10]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/70>.
- 24) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนกำลังคน กระทรวงสาธารณสุข 2555 - 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2557]. แหล่งข้อมูล: <http://ops.moph.go.th/>
- 25) มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
- 26) วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2545.
- 27) ทวีศักดิ์ สิริรัตนธธา. ออทิสติก [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 14 กรกฎาคม 2557]. แหล่งข้อมูล: <http://www.happyhomeclinic.com/au02-autism.htm>
- 28) เพ็ญแข ลิ้มศิลา. การวินิจฉัยโรคออทิสซึม. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์; 2554.
- 29) ผดุง อารยะวิญญู และคณะ. วิธีการสอนเด็กออทิสติก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แว่นแก้ว; 2546.
- 30) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. คู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- 31) Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of Autism Spectrum Disorders-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. Atlanta: the office of surveillance; 2012.
- 32) Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of Autism Spectrum Disorders-Among children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2010. Atlanta: the office of surveillance; 2014.
- 33) Blumberg S J, Bramlett M D, Kogan M D, Schieve L A, Jones J R, Lu M C. Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school-aged US children: 2007 to 2011 - 2012. National Health Statistics Reports 2013; 65 : 1 - 12.
- 34) ศรีวรรณ พูลสวัสดิ์ และคณะ (2548). การศึกษาภาวะออทิสซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 13(1) : 10 - 16.



- 35) มูลนิธิออทิสติกไทย. สถานการณ์บุคคลออทิสติกในประเทศไทย 2553 [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2557]. แหล่งข้อมูล: <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=606854>.
- 36) วิรลพัชร กิตติระระพันธ์. การสำรวจความชุกของโรคออทิสติกของเด็กวัยเรียนกรณีศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ; 2556. รอดิพิมพ์ 2556.
- 37) ชาญญุทธิ์ ศุภคุณภิญโญ. อุบัติการณ์ สาเหตุ และการดำเนินโรคออทิสซึม. ความรู้เรื่องออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง ครู และบุคลากรทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2547.
- 38) ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา. คู่มือออทิสติก สำหรับผู้ปกครอง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว; 2548.
- 39) สารินี รุ่งศรี. ออทิสติก [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 2557]. แหล่งข้อมูล: http://www.ladpraohospital.com/lph_site2/healthKnowledgesDetail.php?txtID=3.
- 40) อัญชรส ทองเพชร. ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกแผนกผู้ป่วยนอก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
- 41) วิรมลล์ ไล่เจริญรัตน์. ผลของการฝึกโปรแกรม Mind-Read ต่อการเข้าใจทรงสนะของบุคคลอื่นของเด็กออทิสติก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
- 42) โสธิดา ผูกสุวรรณ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะทางสังคมโดยใช้เทคนิค Social Stories ร่วมกับภาพถ่ายสำหรับเด็กออทิสติก : การวิจัยกรณีศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
- 43) Pamela V, Celine AS, Elizabeth S, Katarzyna C, Ami K. Early-Emerging Social Adaptive Skills in Toddlers with Autism Spectrum Disorders: An Item Analysis. J Autism Dev Disord 2014; 44: 283 - 93.
- 44) กุลยา ก่อสุวรรณ. การสอนเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระดับเล็กน้อย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
- 45) Pollitt E, Hathirut P, Kotchabhakbi NJ, Missell L, Vaqlyasevi A. Iron deficiency and education achievement in Thailand. Am J Clin Nutr 1989; 50: 687 - 97.
- 46) Lynn R, Vanhanen T. IQ and the wealth of nations. Westpost, CT: Praeger; 2002.
- 47) Lynn R, Vanhanen T. IQ and Global Inequality. Augusta, GA: Washington Summit; 2006.
- 48) นิตยา คชภักดี, และนิชรา เรื่องดารกานนท์. ผลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539 - 2540. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข; 2540.

- 49) กวี สุวรรณกิจ. ปัญหาการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44(1): 55 - 64.
- 50) ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, นิชรา เรืองดารกานนท์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ภัทรา สง่า, กัลยา นิตีเรืองจรัส และคณะ. การวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย: เครื่องมือและระเบียบวิธีวิจัย. หนังสือชุดโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย เล่ม 2 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: ลิขสิทธิ์การพิมพ์; 2547.
- 51) นิชรา เรืองดารกานนท์. พัฒนาการทางสติปัญญา. ใน: วิชัยเอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; 2554. หน้า 135 - 178.
- 52) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย 2554. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์; 2554.
- 53) Christianson A L et al. Children with intellectual disability in rural South Africa: prevalence and associated disability. JIDR 2002; 46(2): 179 - 86.
- 54) Xie, Z. H. et al. Sampling survey on intellectual disability in 0~6-year-old children in China. JIDR 2008; 52(12): 1029 - 38.
- 55) David M et al. Prevalence and characteristics of children with mild intellectual disability in a French county. JIDR 2014; 58(7): 591 - 602.
- 56) ทวีศักดิ์ สิริรัตนธาดา. แอลดี...ความบกพร่องทางการเรียนรู้ [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2557]. แหล่งข้อมูล: <http://www.happyhomeclinic.com/sp04-ld.htm>.
- 57) ผดุง อารยะวิญญู, สุวิทย์ พวงสุวรรณ. วิถีสอนเด็กแอลดี. นครปฐม: ไอ.คิว. บุ๊คเซ็นเตอร์; 2554.
- 58) Roongpraiwan R. et al. Prevalence and clinical characteristics of dyslexia in primary school students. J Med Assoc Thai 2002; 85(4): 1097 - 103.
- 59) มนัส สูงประสิทธิ์ และ ขวัญเรือน วิสุทธิศิริ. ความชุกของภาวะการอ่านผิดกติในเยาวชนสถานพินิจบ้านเมตตา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(3): 229 - 37.
- 60) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายงานการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราวพีโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2554.
- 61) นิรมล พัจนสุนทร, จินตนา สิงขรอาจ, พีรดา อุ๋นไพร, วริศรา ศรีสวัสดิ์, ฉันทนา อุดมสิน, อรุณช กิตติศิริวัฒนกุล. ปัญหาการเรียนและพฤติกรรมในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(4): 354 - 351.



- 62) กรมสุขภาพจิต. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตชุมชนระดับชาติ ครั้งที่ 1 “สุขภาพจิตชุมชน อดีต ปัจจุบัน สู่อนาคต”. ข่าวสาร กรมสุขภาพจิต 2557; 21(246): 1 - 16.
- 63) กรมสุขภาพจิต กองแผนงาน. จำนวนจิตแพทย์ต่อประชากรแสนคนจำแนกตามเครือข่ายบริการและจังหวัด ปีงบประมาณ [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2557]. แหล่งข้อมูล: www.dmh.go.th/downloadportal/Nurse/Nurse2555.pdf
- 64) Cortiella C, Horowitz S H. The State of Learning Disabilities: Facts, Trends and Emerging Issues. New York: National Center for Learning Disabilities; 2014.
- 65) Emerson E, Hatton C, Robertson J, Roberts H, Baines S, Evison F et al. People with Learning Disabilities in England 2011. England: Department of Health; 2011.
- 66) Dhanda A, Jagawat T. Prevalence and Pattern of Learning Disabilities in School Children. Delhi psychiatry journal 2013; 16(2): 386 - 90.
- 67) Putting a Canadian Face on Learning Disabilities. Highlights of Putting a Canadian Face on Learning Disabilities (PACFOLD) [Internet]. 2007. [Cited 2014 Sep 11]. Available from: <http://www.pacfold.ca/download/WhatIs/en/Highlights.pdf>
- 68) Erving Goffman. Stigma : Note on the Management of Spoiled Identity. ใน: นิสาพีชา หะยิวาเงาะ, ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตีตราทางสังคม : กรณีศึกษาชุมชนมุสลิม ในจังหวัดปัตตานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิตสาขาพัฒนามนุษย์และสังคม]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555: 18 - 9.
- 69) World Health Organization. Mental Health Action Plan: 2013- 2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
- 70) Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ et al. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. Psychiatr Serv 2012; 63: 963 - 73.
- 71) Clement S, Lassman F, Barley E et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. Cochrane Database Syst Rev 2013;7:CD009453.
- 72) สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2557]. แหล่งข้อมูล: <http://library2.parliament.go.th/giventake/content/law/law270950-8.pdf>
- 73) สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัว คนพิการจำแนกตามภูมิภาคและเพศ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2557]. แหล่งข้อมูล: www.m-society.go.th/article_attach/631/912.pdf
- 74) พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, บรรณานิการ. เคลื่อนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.

- 75) สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูเยาวชนผู้พิการ [อินเทอร์เน็ต]. 2535 [สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2557]. แหล่งข้อมูล: <http://kanchanapisek.or.th/kp6/sub/book/book.php?book=16&chap=10&page=t16-10-infodetail08.html>
- 76) กรมสุขภาพจิต. ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2557]. แหล่งข้อมูล: <http://www.dmh.go.th/report/pdf/2551mhworker.pdf>
- 77) สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2554). กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2557]. แหล่งข้อมูล: <http://ops.moph.go.th/>
- 78) Ministry of Social Affair and Health. Child and family policy in Finland. Helsinki, Finland: Ministry of Social Affair and Health; 2013.
- 79) Ministry of Social and Family Development. Early intervention and education for children with special needs. UK [Internet]. 2008. [Cited 2014 Sep 10]. Available from: http://app.msf.gov.sg/Portals/0/Files/EM_Chapter3.pdf.
- 80) Center of Japan-US comparative social studies. Japanese Education in the 21st Century [Internet]. 2005. [Cited 2014 Sep 10]. Available from: http://www.usjp.org/jpeducation_en/jpEdSpecial_en.html#mozTocId491412
- 81) The Association of Maternal and Child Health Programs. Models of Care for Children and Youth with Special Health Care Needs: Promising Models for Transforming California's System of Care [Internet]. 2009. [Cited 2014 Sep 15]. Available from: <http://www.lpfch.org/nationalmodels/fullreport.pdf>.
- 82) Strickland BB, Van Dyck PC, Kogan MD, Lauver C, Blumberg SJ, Bethell CD, Newacheck PW. Assessing and ensuring comprehensive system of services for children with special health care needs: A public health approach. Am J Publ Health 2011; 101(2): 224 - 230.
- 83) Department of Education and Department of Health. Implementing a new 0 to 25 special needs system: LAs and partners [Internet]. 2014. [Cited 2014 Sep 10]. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/328221/SEND_implementation_update_-_June_update_version_15.1.pdf
- 84) Department of Education. Children with Special Educational Needs 2014: An Analysis. UK [Internet]. 2014. [Cited 2014 Sep 10]. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/350129/SFR31_2014.pdf



- 85) Department of Education. Special Educational Needs in England: January 2014. UK [Internet]. 2014. [Cited 2014 Sep 10]. Available from: <https://www.gov.uk/government/statistics/special-educational-needs-in-england-january-2014>.
- 86) Rix J, Sheehy K, Flecher C F, Crisp M, Harper A. (a) Continuum of educational provision for children with special educational needs: review of international policies and practices: volume one. Meath, Ireland: National Council for Special Education; 2013.
- 87) Rix J, Sheehy K, Flecher C F, Crisp M, Harper A. (b) Continuum of educational provision for children with special educational needs: review of international policies and practices: volume two. Meath, Ireland: National Council for Special Education; 2013.
- 88) Kastner T A. & the Committee on children with disabilities. Manage care and children with special health care needs. *Pediatrics* 2004; 114(6): 1693 - 698.
- 89) American Academy of Pediatrics. Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. The medical home. *Pediatrics* [Internet]. 2002 [cited 2014 Aug 24]; 110: 184 - 86. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/110/1/184.full.html>
- 90) Kuhlthau K A, Bloom S, Van C J, Knapp A A, Romm D, Klaka K. et al. Evidence for Family-Centered Care for children with special health care needs: a systematic review. *Academic Pediatrics* 2011; 11(2): 136 - 43.
- 91) American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities. Care Coordination: Integrating health and related systems of care for children with special health care needs. *Pediatrics* [Internet]. 1999; 104: 978 - 81.
- 92) Petitgout JM, Pelzer DE, McConkey S A, Hanrahan K. Development of a hospital-based cared coordination program for children with special health care needs. *J Pediatr Health Care* 2013; 27(6): 419 - 25.
- 93) Ofsted: Office for Standards in Education, Children's Services and Skills. The special educational needs and disability review [Internet]. 2010. [Cited 2014 Sep 14]. Available from: <http://www.ofsted.gov.uk/sites/default/files/documents/surveys-and-good-practice/s/Special%20education%20needs%20and%20disability%20review.pdf>

- 94) Moloney M, McCarthy E. Development of a Framework for Action for the Inclusion of Children with Special Needs in Early Childhood Education Settings. Limerick, Ireland: TBC; 2010.
- 95) Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology. Inclusive Education in Japan. East Asia, China: Paper presented at Regional Preparatory Workshop on Inclusive Education [Internet]. 2007. [Cited 2014 Sep 10]. Available from: http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Inclusive_Education/Reports/hangzhou_07/japan_inclusion_07.pdf
- 96) Raven J, Raven JC, Court JH. Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales: Section 1 General overview, 1998 edition. Oxford: Oxford psychologist; 1998.
- 97) Sattler JM. Assessment of Children: Cognitive applications. 4th ed. San Diego: Jerome M. Sattler; 2001.
- 98) วิภาวี สลิ้งกูร, ดวงเดือน สายน้ำปราง, สุดารัตน์ ศิริศักดิ์พาณิชย์. เปิดมุมมอง WRAT-Thai. J ClinPsychol 2556; 44(1): 1 - 4.
- 99) นิษฐา เรืองดารกานนท์. แบบทดสอบทักษะการเตรียมความพร้อม เพื่อการอ่านของเด็กก่อนวัยเรียน. รอดี้พิมพ์ 2552.

รายงานการวิจัย อุปสงค์ อุปทาน และรูปแบบกำลังคนทางเลือก เพื่อตอบสนองการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการ

ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงวัชรารัฐ ไร่ไพบูลย์
ดร. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย

สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ผู้วิจัย

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

แพทย์หญิงไชยิตา ภาวสุทธิไพศิฐ
นายแพทย์ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล
นางสาววิมลวรรณ ปัญญาว่อง
นางสาวธวัลรัตน์ ศรีวิลาส

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร. ลือชัย ศรีเงินยวง
นางสาวปัทมวรรณ จีนาวุฒิ
นางสาวภาค หว่านพีช

สถาบันราชานุกูล

นางวนิดา ชนินทยุทธวงศ์
นางสาวปราณี ต๊ะวิไล
นางสาวอัจจิมา ศิริพิบูลย์ผล
นางสาวณิชกานต์ วรรณอุปถัมภ์
นางสาวชนนิกานต์ แสงวิชัยพงศ์
นางสาวภาณุณิศา ชัยวิรัตน์นุกูล

คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ณรงค์ฤทธิ์ อัสวเรืองพิภพ

รายชื่อทีมเก็บข้อมูล 9 จังหวัด

จังหวัดสงขลา

นางสาวปัญจรีย์ ขวัญทอง	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีฯ
นางสาวดาฮียา หลีเป็นหมาน	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีฯ
นางสาวนิภาภรณ์ รามณรงค์	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีฯ
นางสาวฐิตะวัน ขวัญแดง	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีฯ
นางสมจิต พรหมจันทร์	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีฯ
นายบัณฑิต คงประสิทธิ์	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
นางสาวกนกวรรณ คงแก้ว	องค์การบริหารส่วนตำบลนาหมอศรี
นางสาวจริยา ทองเสียบ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหมอศรี
นางทิพกร สุขเกษม	

จังหวัดพะเยา

นางปิยพร ผดุงวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
นางสาวอาภาพร หาญป่า	โรงพยาบาลสวนปรุง
นางสุภาภรณ์ เครือสุภา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเคียน
นางจำลอง เสมอเชื้อ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่กา

จังหวัดลพบุรี

นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล	โรงพยาบาลลำสนธิ
นางอุไรลักษณ์ ลาภเบญจกุล	โรงพยาบาลลำสนธิ
นางสาวณิชานันท์ เสมาทอง	โรงพยาบาลลำสนธิ
นางสาวเมลดา พุทธมาตร	โรงพยาบาลลำสนธิ

จังหวัดกาฬสินธุ์

นายสุวรรณ บัวพันธ์	ศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดกาฬสินธุ์
นางสาวคุณาพร บัวพันธ์	ศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดกาฬสินธุ์
นางสาวประไพพัทตร์ ทัดสอย	ศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดกาฬสินธุ์
นางสาวยุวนา ไชวพันธ์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
นางพัชรินทร์ วรรณรักษ์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
นายสุพรรณ ภูบุญเดิม	เทศบาลตำบลบัวบาน

นายพัชรพงษ์ เทียมสุวรรณค์

นางบุญรัตน์ นาสมพงษ์

นางประครอง เกื้ออนันต์

เทศบาลตำบลบัวบาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกใหญ่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกใหญ่

จังหวัดบุรีรัมย์

นางสาวนงา ปฐมทอง

นางสาวธนาดี เจตอธิการ

นางสาววิสสุชา รัตนจริยา

นางสาวรักตาภา พรหมมูล

นางพรรณนิภา พรอมตตระกูล

นายวันชัย วิเศษชาติ

นางสาวสุภาภัทร ขาวเครือ

โรงพยาบาลบุรีรัมย์

โรงพยาบาลบุรีรัมย์

โรงพยาบาลบุรีรัมย์

โรงพยาบาลบ้านด่าน

โรงพยาบาลสุรินทร์

โรงพยาบาลสุรินทร์

โรงพยาบาลสุรินทร์

จังหวัดระยอง

นางสาวลัดดา ถนอมปรีชาชัย

นางสุภาวดี อัศวแสงรัตน์

นางสาวนิศาชล ชมพูนพล

นางสาววีรวรรณ สุธีพันธ์นุวัตร

นางสาวอมรรัตน์ คงชุบ

นายคมสัน พิศภา

นางสาวปทุมภรณ์ กุลชู

โรงพยาบาลระยอง

โรงพยาบาลระยอง

โรงพยาบาลระยอง

โรงพยาบาลระยอง

โรงพยาบาลชลบุรี

โรงพยาบาลชลบุรี

โรงพยาบาลชลบุรี

จังหวัดอุดรธานี

นางวัชรภรณ์ ชาวนา

นางสาวสุนิสา ศรีสวงษ์

นางสาวนันทยา เมฆวรรณ

นายอภินัฐ ชัยศรี

นางสาวยุวนา ไชวพันธ์

นางพัชรินทร์ วรรณรักษ์

โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

สำนักงานสาธารณสุขพิบูลย์รักษ์

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6

จังหวัดนครศรีธรรมราช

นางวิภาดา อัฐพร

นายแพทย์ภูษะวัฏร์ พิสิฎกควัต

นางมะลิกา บาหราม

นางสาวจิรพา ศิริผล

นางสาวรักษิณา พรหมทองบุญ

นางสาววรรณนิสา สุขทอง

นางวรรณิกา กิมพัร์

นางสาวสุภาภรณ์ ศิริวรรณ

นางสาวทิพภาภรณ์ มิลา

จังหวัดนครปฐม

นายสันติ รุ่งนาสวน

นางสาวน้ำฝน ทองสายใหญ่

นางสาวปิยนุช ชมพูกาศ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

ศูนย์การดำรงชีวิตอิสระฯ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไทยรัฐวิทยา 4

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ



<http://www.hsri.or.th>

<http://www.healthyability.com>

<http://www.bluerollingdot.org>

<http://www.smartteen.net>

“

ประเทศไทยจะต้องขับเคลื่อนประเทศเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

Millennium Development Goals (MDG) ในปี ค.ศ. 2015 ตามข้อตกลงร่วมกันของสมาชิกสหประชาชาติ ซึ่งการส่งเสริมให้คนพิการโดยเฉพาะกลุ่มเด็กพิการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นความสำคัญและจำเป็นประการหนึ่ง ความพิการเป็นปัญหาที่ยืดเยื้ออยู่กับความยากจนทั้งในแง่เหตุและผล เด็กพิการเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเข้าสู่ระบบการศึกษาต่ำ โดยในรายงานของ MDG report ปี ค.ศ. 2010

ได้ชี้ว่ากลุ่มเด็กพิการยังควรถูกจำกัดโอกาสและสิทธิในหลายๆ ด้าน

สำหรับสังคมไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า จำนวนเด็กพิการที่มีการรายงานน้อยกว่าจำนวนที่แท้จริง นอกจากนี้ การจำแนกประเภท คุณภาพบริการ และการเข้าถึงบริการยังพบว่าเป็นปัญหา โดยเฉพาะเด็กพิการที่เป็นความบกพร่องทางสติปัญญา

”