

## สถานการณ์ความพิการและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และบริการที่จำเป็นของรัฐสำหรับเด็กพิการในชุมชน

โซษิตา กาวสุทธิไพศิฐ\*

ณรงค์ฤทธิ์ อัศวรงค์พิภพ†

วนิตา ชนินทรวงษ์‡

ธวัชรัตน์ ศรีวิลาส\*

ลือชัย ศรีเงินยวง†

ธันวรจน์ บุรณสุขสกุล\*

วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน\*

ผู้รับผิดชอบบทความ: โซษิตา กาวสุทธิไพศิฐ

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความชุกของเด็กพิการและการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา และสวัสดิการของรัฐสำหรับเด็กพิการในชุมชน เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยข้อมูลเชิงปริมาณได้มาจากการสำรวจเด็กพิการในชุมชนและตรวจประเมินความพิการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและนักจิตวิทยา เพื่อประมาณการความชุกของเด็กที่มีความพิการ 7 ประเภทในช่วงอายุ 2½-12 ปี เด็กทุกคนใน 9 ตำบลที่สุ่มเลือกจาก 9 จังหวัดตัวอย่างซึ่งสุ่มจากทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ระหว่างเดือน ต.ค. 2557-ก.ค. 2558 จำนวนเด็กที่สำรวจทั้งสิ้น 6,334 คน ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพได้มาจากการเยี่ยมบ้าน การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่มกับผู้ปกครอง ครูของเด็กที่ถูกประเมินว่าพิการ ผู้นำชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อศึกษาความต้องการและปัญหาการจัดการบริการสำหรับเด็กพิการ ผลการวิจัยพบว่า เด็กช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปีร้อยละ 13 มีความพิการอย่างน้อย 1 ด้าน ซึ่งพบความพิการทางการเรียนรู้มากที่สุด ร้อยละ 21 มีปัญหาทางกายหรือทางพฤติกรรมหรือทางจิตใจ และร้อยละ 66 ไม่พบความผิดปกติ ระบบการดูแลสุขภาพเด็กพิการในแต่ละพื้นที่มีความพร้อมแตกต่างกันขึ้นกับจำนวนบุคลากร และบริการขึ้นกับประเภทของบุคลากรที่มี โรงพยาบาลชุมชนมีโครงสร้างตำแหน่งที่ไม่เอื้อต่อการมีวิชาชีพเฉพาะในการจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งๆ ที่มีนโยบายการจัดการบริการให้กับเด็กพิการ นอกจากนี้ยังพบว่า คำว่า “พิการ” ทำให้เกิดการไม่ยอมรับจากผู้ปกครองกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะดีหรือมีการศึกษาสูง คือมักจะปฏิเสธการถูกระบุว่าลูกมีความพิการ จากการเปรียบเทียบผลการวิจัยกับฐานข้อมูลเด็กพิการระดับประเทศของ 3 หน่วยงานเพื่อประมาณการการเข้าถึงบริการของเด็กพิการคือ ฐานข้อมูลการจดทะเบียนคนพิการ (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) ฐานข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และฐานข้อมูลการศึกษา (สำนักบริหารการศึกษาศึกษาพิเศษ) พบว่า ในการสำรวจนี้พบปริมาณของเด็กที่มีความพิการในชุมชนมากกว่าฐานข้อมูลอย่างชัดเจน สะท้อนว่ายังมีการเข้าถึงบริการภาครัฐสำหรับเด็กพิการ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการนั้นก็มีหลากหลายมิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ เช่น การแยกส่วนกันทำงานของหน่วยงาน การเข้าถึงยาก ความยากจน ความเชื่อทางวัฒนธรรม การไม่ใส่ใจของชุมชน ภาครัฐควรมีการทบทวนนโยบายระดับประเทศอย่างเร่งรัดเพื่อให้สามารถค้นหาเด็กพิการได้มากขึ้น และควรเชื่อมโยงประเด็นความพิการเข้ากับนโยบายการแก้ไขปัญหาความยากจน

**คำสำคัญ:** การเข้าถึงบริการ บริการที่จำเป็นของรัฐ เด็กพิการ

\* สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

† คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

‡ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

§ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



## Situation of Disability and Access to Essential Public Services of Children with Disabilities in the Community of Thailand

Chosita Pavasuthipaisit\*, Luechai Sringernyuang<sup>†</sup>, Narongrid Asavaroungpipop<sup>‡</sup>, Thanvaruj Booranasuksakul\*, Vanida Chaninyuthwong<sup>§</sup>, Wimonwan Panyawong\*, Thawanrat Sriwilas\*

\* Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

<sup>†</sup> Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

<sup>‡</sup> Faculty of Commerce and Accountancy, Chulalongkorn University

<sup>§</sup> Rajanukul Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

Corresponding author: Chosita Pavasuthipaisit, drchosita@gmail.com

### Abstract

This study aims to determine situation of the prevalence of disabilities and the accessibility to health, education and social services of children with disabilities in the communities of Thailand. Mixed-methods of data collection were used. A community survey by a team of psychiatrists and clinical psychologists was conducted to estimate the prevalence of 7 disabilities in children aged between 2½ and 12 years in nine sub-districts of nine sampled provinces (except Bangkok) during October 2014-July 2015. Altogether, 6,334 children were investigated. Qualitative data were collected from home visit, in-depth interview, non-participant observation, and focus group discussion with parents and teachers of the children identified as having disability, and also with health care providers to explore problems of unmet demands. Results show that 66% of children aged 2½-12 were found normal, yet, 13% had at least one disability of which learning disability was most prevalent, and 21% with physical, psychological or behavioral problems. The availability of health services for children with disabilities in each area varied due to inadequacy or lack of type of health professionals. Community hospital is not allowed to recruit rehabilitation specialists, though policy on disability service provision is assigned to. The study also found that the term “disability” contained stigma connotation and was rejected by well-to-do and educated parents. When compared with the accessibility to service database of the Ministry of Social Development and Human Security, the National Health Security Office, and the Ministry of Education, this study showed much higher number children with disability in communities reflecting that there are still more unregistered children and inaccessible to necessary public services. The un-integrated and difficult-to-access service structure, poverty, cultural beliefs, and social unawareness are among factors that cause unmet demands. Main recommendations for concerned agencies are an urgent policy and program to increase access to care to reduce unmet need in children with disabilities and the integration of disability policy into the strategy to reduce poverty.

**Keywords:** service accessibility, essential public services, children with disabilities

### ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยมีประชากรที่มีความพิการได้มีข้อตกลงร่วมกันในการส่งเสริมคนพิการโดยเฉพาะกลุ่มเด็กพิการให้สามารถเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพได้มากขึ้นเนื่องจากพบว่า กลุ่มเด็กพิการมีโอกาสการเข้าสู่บริการของรัฐต่ำ โดยรายงาน The Millennium Development

Goals Report ปี ค.ศ. 2010 ขององค์การสหประชาชาติระบุว่า กลุ่มเด็กพิการยังถูกจำกัดโอกาสและสิทธิในหลายๆ ด้าน<sup>(1)</sup> และรายงานสถานการณ์คนพิการในสังคมไทยจากการสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 ระบุว่า กลุ่มคนพิการทางสติปัญญามีปัญหาการเข้าถึงบริการมากที่สุด<sup>(2)</sup>

จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2554 จำนวนเด็กที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ในกลุ่มพิการทางสติปัญญา มีเพียง 45,741 ราย หรือร้อยละ 42.5 ของเด็กพิการด้านสติปัญญาที่ลงทะเบียนทั้งหมด และในกลุ่มพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมมีเพียง 50,864 ราย หรือร้อยละ 58.8 ของเด็กพิการด้านจิตใจและพฤติกรรมที่ลงทะเบียน สิทธิคนพิการ ท.74 ของบริการสาธารณสุขทั้งหมด<sup>(3)</sup> จึงอนุมานได้ว่ายังมีเด็กพิการอีกนับแสนคนที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพตามกระบวนการทางการแพทย์ตามสิทธิ การเข้าไม่ถึงบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กพิการในระยะต้นๆ ของชีวิต จะส่งผลกระทบต่อความพิการอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น พัฒนาการทางสมองไม่เต็มที่ ส่งผลกระทบต่อทักษะการเรียนรู้ หรือทำให้มีพฤติกรรมไม่สมวัย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่พร้อมที่จะเรียนรู้ทำให้การเข้าสู่ระบบการศึกษาเป็นไปได้ยาก และในที่สุดก็ส่งผลกระทบต่อกรอบอาชีพ กลายเป็นภาระของสังคมในระยะยาว<sup>(4)</sup>

การสำรวจการเข้าถึงการบริการของเด็กที่มีความต้องการพิเศษและเด็กออทิสติกในสหรัฐอเมริกา<sup>(5)</sup> พบว่าร้อยละ 94 ของเด็กกลุ่มดังกล่าวมีความต้องการการบำบัด หรือการได้รับการดูแลสุขภาพมากกว่าเด็กทั่วไป เช่น การปรับพฤติกรรม (behavioral modification intervention) การกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส (sensory integration therapy) การปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (cognitive based therapy) การฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงเรียน (school-based occupational therapy/physical therapy) การฝึกทักษะทางสังคมที่โรงเรียน (school-based social skills training) การฝึกพูดหรือการรักษาด้านภาษา (school-based speech or language therapy) และมีเด็กพิการมากกว่าครึ่งหนึ่งที่จำเป็นต้องได้รับยา กลุ่มจิตเวช หรือยากลับกันซ้ำเพื่อควบคุมพฤติกรรมหรืออารมณ์ หรือเพื่อให้มีสมาธิต่อเนื่อง<sup>(6-8)</sup>

ในประเทศไทยและบางประเทศ เช่น ฟินแลนด์<sup>(9)</sup> เรียกเด็กที่มีความพิการในด้านต่างๆ ว่า “เด็กพิการ” (children

with disabilities) ภายใต้นโยบายเด็กและครอบครัวและใช้รูปแบบการจัดบริการคนพิการแบบแนวคิดทางการแพทย์ (medical model of disability) ตามแนวคิดของสหรัฐอเมริกา ในขณะที่อีกหลายประเทศเรียกเด็กกลุ่มนี้ด้วยคำอื่นๆ เช่น สิงคโปร์และญี่ปุ่นเรียก “เด็กที่มีความต้องการพิเศษ (children with special needs)” หมายถึงเด็กที่มีข้อจำกัดด้านพัฒนาการทางร่างกายหรือทางจิตใจ ประเทศสิงคโปร์เน้นการช่วยเหลือเด็กตั้งแต่วัยแรก โดยให้ได้รับการศึกษาที่เหมาะสมและต่อเนื่องตามความสามารถ เพื่อเพิ่มโอกาสในการใช้ชีวิตและลดโอกาสพิการเรื้อรัง<sup>(10)</sup> ส่วนประเทศญี่ปุ่นเน้นการบูรณาการบริการต่างๆ ที่ระดับจังหวัด เน้นการเพิ่มศักยภาพครูและชุมชนให้สามารถดูแลและช่วยเหลือเด็กพิการได้อย่างครอบคลุม และไม่ถือว่าความบกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disorder) เป็นเด็กพิการ<sup>(11)</sup> ประเทศสหรัฐอเมริกาใช้คำว่า “เด็กที่ต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ (children with special health care needs: CSHCN)” คือ “เด็กที่เป็นหรือมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหรือมีข้อจำกัดทางร่างกายหรือทางพัฒนาการด้านพฤติกรรมหรือจิตใจอย่างเรื้อรัง ซึ่งต้องการบริการด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมากกว่าเด็กทั่วไป”<sup>(12)</sup> ลักษณะนี้เป็นแนวคิดการจัดการความพิการที่ตัวเด็กตามแนวคิดทางการแพทย์ ในทางตรงกันข้าม สหราชอาณาจักรใช้แนวความคิดการจัดการอุปสรรคในสังคมที่อาจมีผลต่อคนพิการหรือคนที่มีข้อจำกัดหรือขาดโอกาสทางสังคม (social model of disability) จัดกลุ่มเป็น “เด็กที่ต้องการการศึกษาพิเศษและเด็กพิการ (special educational needs and disabilities: SEND)” หมายถึงเด็กที่ต้องได้รับการศึกษาและการดูแลเพิ่มเติมเป็นพิเศษที่แตกต่างจากเด็กทั่วไป ซึ่งความต้องการการดูแลพิเศษนี้ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการเรียนรู้เพียงอย่างเดียว<sup>(13)</sup>

สหรัฐอเมริกาซึ่งเน้นการบริการแบบการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูเด็กพิเศษอย่างเป็นระบบในโรงพยาบาล และเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับครอบครัวของเด็ก<sup>(14)</sup> มีรูปแบบการดูแล



เด็กพิเศษที่เชื่อมโยงการทำงานของโรงพยาบาลไปถึง การดูแลของผู้ปกครองประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ medical home, family-centered care และ care co-ordination<sup>(12)</sup> ในขณะที่ประเทศอื่นๆ เช่น ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ไอร์แลนด์ อังกฤษ ฟินแลนด์ เน้นการให้บริการสำหรับเด็ก พิการในโรงเรียน เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมเข้าไปอยู่ภายใต้รูปแบบการศึกษาพิเศษในโรงเรียน

สำหรับประเทศไทย การจัดบริการ สวัสดิการและความช่วยเหลือจากรัฐสำหรับคนพิการ เป็นไปตามมาตรา 20 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ซึ่งบริการที่เกี่ยวข้องกับเด็กพิการ คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ การคุ้มครองสิทธิคนพิการทางการศึกษา และการคุ้มครองสิทธิคนพิการทางสังคมและสวัสดิการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจำนวนเด็กพิการ และสถานการณ์การเข้าถึงบริการของเด็กพิการในปัจจุบัน เพื่อนำมาทบทวนเชิงนโยบายในการจัดบริการภาครัฐ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของเด็กพิการและครอบครัว ทั้งมิติด้านสุขภาพ สังคมและการศึกษา

## ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน ทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ (mixed methods approach) โดยข้อมูลเชิงปริมาณที่ใช้ในการประมาณการจำนวนเด็กพิการ ได้มาจากการสำรวจ การตรวจประเมินพัฒนาการและการตรวจร่างกายและสติปัญญา เพื่อคัดกรองความพิการของเด็กที่มีอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี ทุกคนในชุมชนที่ถูกสุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในด้านสถานการณ์ปัญหาการเข้าถึงบริการ ความต้องการบริการของรัฐโดยวิธีการติดตามเยี่ยมบ้าน การสัมภาษณ์ครอบครัวของเด็กพิการ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่มกับครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน

พื้นที่ในการวิจัย ประกอบด้วย 9 ตำบล จาก 9 จังหวัด ซึ่งสุ่มจากทุกภาคคือ พะเยา (เหนือ) อุดรธานี กาฬสินธุ์และบุรีรัมย์ (ตะวันออกเฉียงเหนือ) ลพบุรี นครปฐม (กลาง) ระยอง (ตะวันออก) สงขลาและนครศรีธรรมราช (ใต้) โดยเทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน (two-stage sampling) เริ่มจากแบ่งตัวอย่างแบบชั้นภูมิ 6 ภาค เลือกจังหวัดตามจำนวนประชากรที่สามารถเป็นตัวแทนของประเทศได้ 9 จังหวัด ในแต่ละจังหวัดจะสุ่มเลือก 1 ตำบล รวม 9 ตำบล ซึ่งเด็กทุกคนในตำบลที่มีอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปีจะถูกประเมินความพิการ มีเด็กที่ได้รับการสำรวจทั้งสิ้น 6,334 คนในช่วงเวลาเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 ตุลาคม 2557 ถึง 27 กรกฎาคม 2558

การระบุความพิการของเด็กอิงตามนิยามความพิการ ทำโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นและนักจิตวิทยาคลินิก ตรวจวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V-The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition<sup>(15)</sup> และการระบุความพิการตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ปี พ.ศ. 2555 โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่มีประสบการณ์เกิน 10 ปีจำนวน 2 คน โดยตรวจพัฒนาการและคัดกรองความพิการ 7 ประเภท คือ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการเรียนรู้ และความพิการแบบออทิสติก ซึ่งหากพบความเสี่ยงหรือความพิการ นักจิตวิทยาคลินิกจะประเมินด้วยเครื่องมือ Standard Progressive Matrices, Parallel version (SPM-P)<sup>(16)</sup> เพื่อยืนยันการวินิจฉัยระดับสติปัญญาสำหรับเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป และใช้แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนรู้ฉบับภาษาไทย (Wide-Range Achievement Test-Thai version) ในการวินิจฉัยความพิการทางการเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วย 3 แบบทดสอบย่อยคือ ด้านการอ่าน การเขียนสะกดคำและการคำนวณ<sup>(17)</sup> โดยในการวิจัยนี้ใช้เกณฑ์การพิจารณาความพิการทางการเรียนรู้ว่าเด็ก

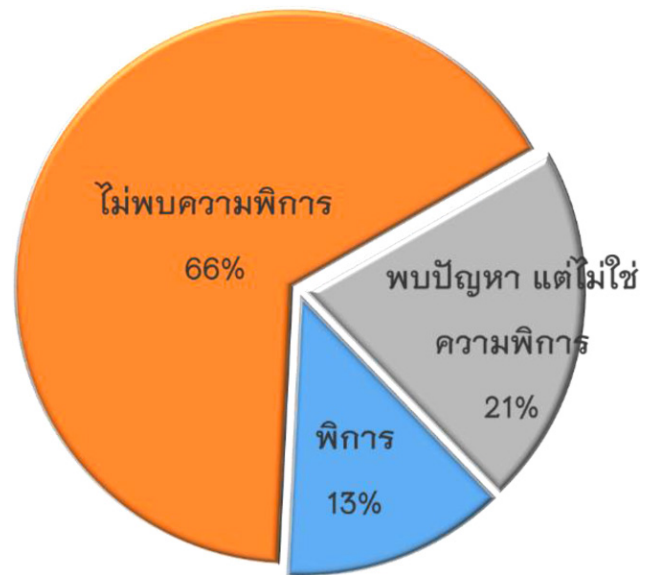
ประเมินระดับสติปัญญา (IQ score) ได้ 80 ขึ้นไป (หมายถึง ไม่ได้มีปัญหาด้านสติปัญญาแต่อาจมีปัญหาด้านการเรียนรู้) จากนั้นจึงจะทำการทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับเด็กที่ศึกษาอยู่ในช่วงชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เพื่อแยกกลุ่มให้ชัดเจน

นำข้อมูลสัดส่วนความพิการที่สำรวจได้จาก 9 ตำบล มาประมาณค่าจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศด้วยวิธีการ ratio estimation และเทียบผลการตรวจวินิจฉัยจำนวนเด็กที่มีความพิการกับฐานข้อมูลการจดทะเบียนจำนวนเด็กพิการทั่วประเทศในฐานข้อมูลของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการ (พก.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) ด้วยเลขประจำตัว 13 หลัก เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลและประมาณการอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาและสวัสดิการ ส่วนการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและการเข้าถึงบริการของเด็กพิการ และครอบครัว ใช้วิธีการเยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์เจาะลึก ครอบครัวเด็กที่มีการตรวจพบความพิการ ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และใช้วิธีสนทนากลุ่มกับครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนในพื้นที่ 4 จังหวัดจาก 9 จังหวัด คือพะเยา ลพบุรี กาฬสินธุ์ และสงขลา เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยทีมวิจัยที่ประกอบด้วยนักสังคมศาสตร์ สุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีเด็กที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งสิ้น 566 คน เครื่องมือที่ใช้คือแนวคำถามการวิจัยและแนวการสังเกต

## ผลการศึกษา

### 1. สถานการณ์ความพิการ

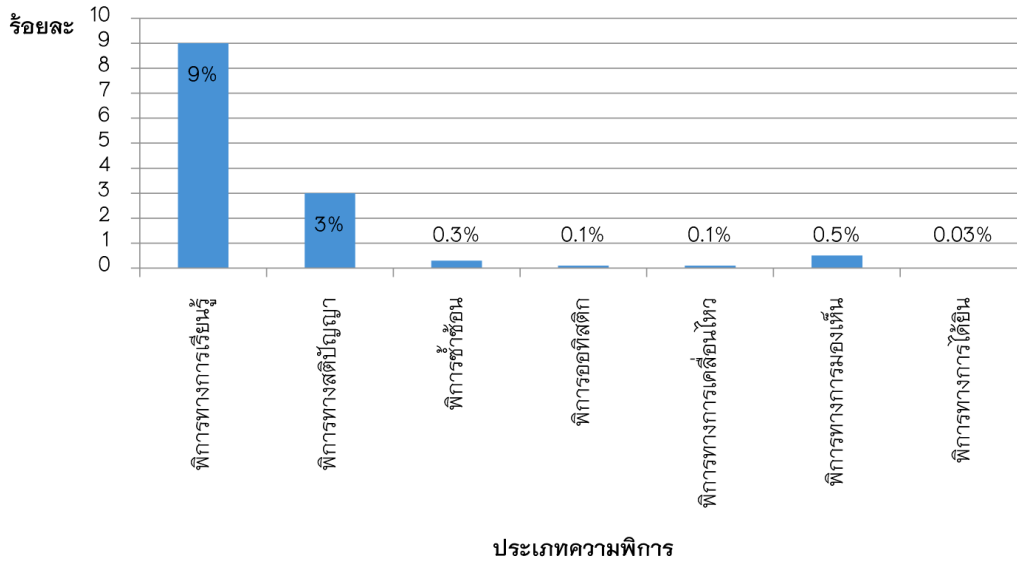
ผลการตรวจวินิจฉัยเด็กช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี จำนวน 6,334 คน พบว่ามีเด็กที่มีความพิการอย่างน้อยหนึ่งด้านร้อยละ 13 เด็กที่มีปัญหาทางกายหรือทางพฤติกรรมหรือทางจิตร้อยละ 21 และไม่พบความผิดปกติร้อยละ 66 (แผนภูมิที่ 1)



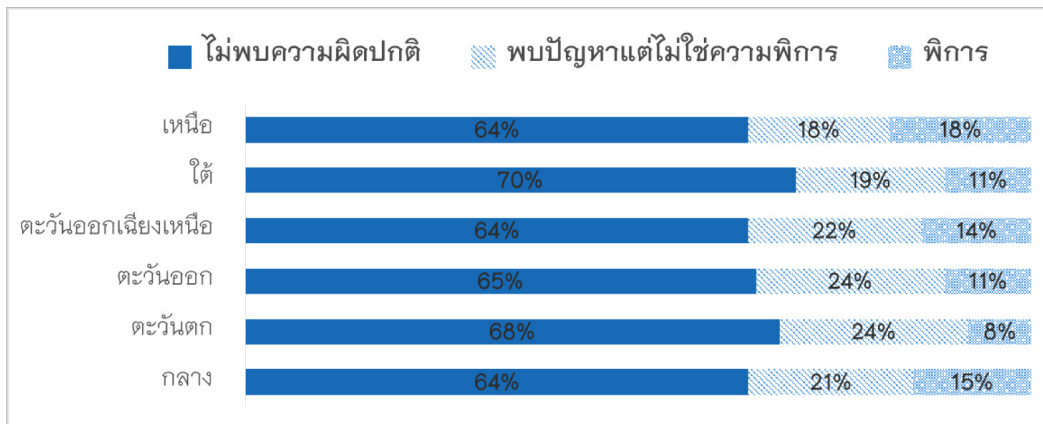
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปีจำแนกตามผลการวินิจฉัย

เมื่อพิจารณาแยกประเภทความพิการของเด็กที่พบความพิการทั้งหมดพบความพิการทางการเรียนรู้สูงสุดร้อยละ 9 รองลงมาคือความพิการทางสติปัญญาร้อยละ 3 พิการซ้ำซ้อนหรือมีความพิการมากกว่า 2 ประเภทร้อยละ 0.3 พิการแบบออทิสติกร้อยละ 0.1 พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายร้อยละ 0.1 พิการทางการมองเห็นร้อยละ 0.5 พิการทางการได้ยินร้อยละ 0.03 ในการสำรวจครั้งนี้ไม่พบเด็กที่มีความพิการทางจิตหรือทางพฤติกรรมใน 9 ตำบลที่สำรวจ

เมื่อพิจารณาประเภทความพิการแยกเป็นรายภาคพบว่า ทุกภาคมีเด็กพิการทางการเรียนรู้สูงสุด รองลงมาคือทางสติปัญญา สำหรับภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเด็กพิการทางสติปัญญาสูงกว่าภาคอื่นๆ และสูงกว่าภาพรวมของประเทศ ในขณะที่ภาคเหนือและภาคกลางพบเด็กพิการทางการเรียนรู้ค่อนข้างสูงกว่าภาคอื่นๆ จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ภาคเหนือในจังหวัดพะเยามีเด็กชาวเขาหรือชาติพันธุ์มากกว่าพื้นที่อื่นๆ ในขณะที่ภาคกลาง ตำบลในจังหวัดลพบุรีที่มีการสำรวจมีการเคลื่อนย้ายของประชากรจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีฐานะ



แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปี จำแนกตามประเภทความพิการ



แผนภูมิที่ 3 ร้อยละสถานการณ์ความพิการจำแนกตามภูมิภาค

ยากจนกว่าประชากรในตำบลของจังหวัดอื่นๆ

ในมิติทางเพศ พบเพศชายพิการร้อยละ 18 มีปัญหาแต่ไม่ใช้ความพิการร้อยละ 25 ในขณะที่เพศหญิงพิการร้อยละ 7 และมีปัญหาแต่ไม่ใช้ความพิการร้อยละ 18

## 2. การเข้าถึงบริการของเด็กพิการ

ในการประเมินสถานการณ์การเข้าถึงบริการของเด็กพิการในปัจจุบัน ใช้การเปรียบเทียบค่าประมาณจำนวนเด็กพิการจากการสำรวจภาคสนามครั้งนี้เทียบกับจำนวน

เด็กพิการที่ปรากฏตามฐานข้อมูลของ 3 หน่วยงานรัฐที่ดูแลบริการด้านสังคม สุขภาพและการศึกษา คือกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติ (พก.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) ซึ่งข้อมูลการลงทะเบียนบนฐานข้อมูลจะสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการของรัฐในเบื้องต้นได้

ผลการเปรียบเทียบพบว่า จำนวนเด็กพิการที่มีการขึ้นทะเบียนในฐานข้อมูลของหน่วยงานทั้งสามนั้น นอกจากจะมีความแตกต่างกันแล้ว ยังพบว่ายังมีจำนวนน้อยกว่าตัวเลข

ประมาณการที่ได้จากการสำรวจในพื้นที่จริงของ 9 ตำบลถึง 10.6 เท่า 24.6 เท่าและ 27.3 เท่าเมื่อเทียบกับฐานข้อมูลของกระทรวงศึกษาธิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามลำดับ ความแตกต่างดังกล่าวทำให้อนุมานได้ว่า เด็กพิการที่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ (ได้รับการขึ้นทะเบียน) มีจำนวนน้อยกว่าเด็กพิการที่มีอยู่จริงในพื้นที่เป็นจำนวนมาก

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบร้อยละของความพิการทางการเรียนรู้และความพิการทางสติปัญญา จำแนกตามภูมิภาค

ภาค	พิการทางการเรียนรู้	พิการทางสติปัญญา
เหนือ	15%	2%
กลาง	12%	3%
ตะวันออก	10%	1%
ตะวันออกเฉียงเหนือ	8%	4%
ใต้	6%	4%
ตะวันตก	6%	1%

**ตารางที่ 2** จำนวนเด็กไทยช่วงอายุ 2 ปีครึ่งถึง 12 ปีจำแนกตามประเภทความพิการและแหล่งข้อมูล

ประเภทความพิการ	แหล่งข้อมูล (จำนวนคน)			
	งานวิจัย	ศธ.	พท.	สปสช.
พิการแบบออทิสติก	8,784	2,737	2,619	73
พิการซ้ำซ้อน	23,803	3,482	12,528	12,342
พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย	6,682	4,628	4,531	10,626
พิการทางการได้ยิน	3,084	1,454	4,483	6,499
พิการทางการมองเห็น	4,436	1,539	1,957	1,992
พิการทางการเรียนรู้	686,592	67,373	1,104	1,567
พิการทางสติปัญญา	250,001	8,895	12,176	n/a
ความพิการทางพฤติกรรมและอารมณ์	0	2,507	537	2,962
<b>รวม</b>	<b>983,381</b>	<b>92,615</b>	<b>39,935</b>	<b>36,061</b>

### 3. ประเด็นที่สรุปได้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ปกครอง สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน (ครู อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต./รพ.ชุมชน และผู้นำชุมชน) สรุปได้ว่า

**ประเด็นที่ 1** เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าผิดปกติส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีต้นทุนต่ำ (ฐานะยากจน พ่อแม่ไม่มีเวลาหรือหย่าร้าง) ต้องใช้เวลากับการทำมาหากิน มีชีวิตที่ต้องดิ้นรน ทำให้การให้ความสนใจความเป็นอยู่ของเด็กเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก ปัญหาของเด็กๆ เหล่านี้จึงถูกมองข้ามหรือลดลำดับความสำคัญลงไป ปัญหาและความผิดปกติของเด็กจึงมักถูกซ่อนหรือซ่อนทับไว้ด้วยปัญหาด้านอื่นๆ และเติบโตเป็นแม่ที่ตั้งท้องในวัยรุ่น (teenage pregnancy) กลายเป็นวัฏจักรที่วนเวียนระหว่างความยากจนกับความพิการ

**ประเด็นที่ 2** สาเหตุของการเข้าไม่ถึงระบบบริการส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญ และการผูกขาดทางวิชาชีพก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความพิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ไม่ถูกค้นพบ ข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้พบว่า การขาดแคลนแพทย์

และบุคลากรจิตเวช จิตวิทยาทางการศึกษาพิเศษและการฟื้นฟูสมรรถภาพมีผลต่อการคัดกรองปัญหาความผิดปกติและการให้ความช่วยเหลือเด็กและครอบครัวที่มีปัญหาในระยะแรกเริ่มอย่างเหมาะสม ทำให้อุปสงค์ของปัญหานี้ที่ปรากฏในการรับรู้ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่ำกว่าปัญหาที่มีอยู่จริง

**ประเด็นที่ 3 ความพิการทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางอารมณ์และปัญหาทางพฤติกรรมที่วินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์ทางการแพทย์นั้น อาจเป็นเรื่องปกติสำหรับครอบครัวและชุมชนและมักถูกมองข้ามไป** มุมมองทางสังคมและวัฒนธรรมโดยทั่วไปเห็นว่า การเรียนรู้ได้ช้าหรือความเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมของเด็ก (ที่ตัดสินโดยทางการแพทย์) “เป็นเรื่องธรรมดา” “ไม่สำคัญ” “ทำอะไรไม่ได้” หรือ “ไม่ซ้าก็เปลี่ยนแปลงเอง” ประสบการณ์ของครอบครัวจากรุ่นสู่รุ่นมีส่วนทำให้ปัญหานี้เป็นเรื่องธรรมดาที่ไม่ต้องแก้ไขหรือแก้ไขไม่ได้ (เช่น ครอบครัวที่มองว่า “ลูกๆ ก็หัวไม่ดี หัวทึบเหมือนพ่อแม่”) นอกจากนี้ การใช้คำว่า “พิการ” ยังมีความอ่อนไหวอยู่มาก ด้วยความเข้าใจของคนส่วนใหญ่ นั่น คือความผิดปกติทางกายที่เห็นได้ชัดอย่างถาวร ทำให้เกิดการปฏิเสธการรับบริการและไม่พร้อมที่จะร่วมมือแก้ไขปัญหาโดยเฉพาะความพิการทางการเรียนรู้ที่แม้แต่ผู้ปกครองกลุ่มที่มีการศึกษาหรือมีฐานะก็ยอมรับได้ยาก

**ประเด็นที่ 4 กลไกของระบบบริการเพื่อช่วยเหลือเด็กพิการและเด็กที่มีความผิดปกติในปัจจุบันยังขาดการเชื่อมต่อหรือยังไม่สามารถบูรณาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ** ทั้งระบบการศึกษา (บางโรงเรียนยังไม่สามารถจัดบริการสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษได้) ระบบความช่วยเหลือทางด้านสังคมและสวัสดิการ (การช่วยเหลือคนพิการที่ยากจนในการเดินทางไปรับบริการยังไม่ทั่วถึง) และระบบบริการทางการแพทย์ (การขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ทำให้ต้องใช้เวลารอคิวนาน การส่งต่อที่ไกลๆ และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายทำให้เป็นปัญหาแก่ผู้ปกครอง) ทั้งหมดนี้คืออุปสรรคขัดขวางการเข้าถึงบริการ

บำบัดที่เกิดจากปัญหาในระบบเอง (bureaucratic barriers)

## วิจารณ์

ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องด้านปริมาณเด็กพิการทางสติปัญญากับผลสำรวจความชุกภาวะปัญญาอ่อนของประชาชนไทยโดยกรมสุขภาพจิตในปี 2543 ซึ่งพบความชุกภาวะปัญญาอ่อนร้อยละ 1-3<sup>(18)</sup> สถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงคือในภาคใต้และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบเด็กพิการทางสติปัญญาถึงร้อยละ 4 ในขณะที่พบเด็กพิการแบบออทิสติกในชุมชน (ร้อยละ 0.1) น้อยกว่าผลการสำรวจความพิการปี 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบความชุกภาวะออทิสติกร้อยละ 0.6<sup>(2)</sup> ในขณะที่งานวิจัยนี้พบว่าเด็กพิการอยู่ในกลุ่มที่เข้าข่ายความพิการทางการเรียนรู้สูงที่สุดคือร้อยละ 9 และพบความชุกสูงถึงร้อยละ 15 และร้อยละ 12 ในภาคเหนือและภาคกลางตามลำดับ ทั้งนี้ ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในระดับประเทศที่ใช้เครื่องมือมาตรฐานจะสังเกตได้ว่า ข้อมูลตัวเลขในความพิการบางรายการมีปริมาณน้อย เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลในชุมชน เสนอว่าอาจจำเป็นต้องมีการนำข้อมูลของเด็กพิการที่อยู่ในโรงเรียนการศึกษาพิเศษและในสถานสงเคราะห์ของรัฐที่มีความพิการรุนแรงมาประกอบการประมาณค่าเด็กพิการทั้งหมดสำหรับในภาพรวมนั้น พบเด็กพิการ 1 ใน 8 คน ซึ่งถือว่าสถานการณ์น่าเป็นห่วง ประเทศไทยอาจจำเป็นต้องพิจารณานำเกณฑ์การพิจารณาความพิการสากล (International Classification of Functioning, Disability, and Health: ICF)<sup>(19)</sup> มาใช้ร่วมกับเกณฑ์เดิมในการวินิจฉัยความพิการ เพื่อแยกแยะความพิการซึ่งหมายถึงมีความเสียหายในระดับที่รบกวนชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคมของเด็ก (impairment/participation restrictions) ออกจากความเป็นโรค (disorder) เพราะเครื่องมือทางจิตวิทยาที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถแยกแยะได้เพียงเด็กมีความบกพร่องหรือล่าช้าเมื่อเทียบกับระดับปกติ แต่ไม่สามารถระบุว่าความบกพร่องนั้นสมควรเป็นความพิการหรือไม่ โดยเฉพาะเด็ก



พิการทางการเรียนรู้ซึ่งอาจไม่มีข้อจำกัดหรือบพร่องด้านอื่นๆ อาจจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไปว่าเด็กส่วนใหญ่ถูกระบุความพิการเพราะส่วนหนึ่งเกิดจากความยากจนหรือนโยบายค่าใช้จ่ายรายหัวของรัฐด้วยหรือไม่

เกี่ยวกับสถานการณ์การเข้าถึงบริการ พบว่ายังมีอุปสรรคในหลายๆ มิติทั้งจากระบบการให้บริการที่แยกส่วน มีการบริหารจัดการที่แตกต่างกันของแต่ละภาคส่วน มีการพึ่งพาและผูกขาดทางวิชาชีพแต่ขาดประสิทธิภาพในการพัฒนากำลังคนก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะประชากรที่มีความยากจน ในขณะที่กลุ่มยากจนมักพบปัญหาความพิการควบคู่กันไป ปัญหาระบบฐานข้อมูลของภาครัฐที่มีความเหลื่อมล้ำกันเอง ขาดการใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบการประมาณการ ข้อมูลที่ขาดหายไปเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการค้นพบในงานวิจัยยังมีความแตกต่างอย่างมาก ซึ่งพบว่าการที่ระบบข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน ทำให้ข้อมูลคนพิการทางกายมีจำนวนสูงในข้อมูลสาธารณสุข ข้อมูลคนพิการทางสติปัญญาและทางการเรียนรู้มีจำนวนสูงในฐานข้อมูลของกระทรวงศึกษาธิการ และคนพิการเข้าช้อนมีจำนวนสูงในฐานข้อมูลของ พก. ดังนั้นรัฐควรเร่งรัดการทบทวนและแก้ไขระบบฐานข้อมูลอย่างเร่งด่วน

มิติความซับซ้อนทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลอย่างชัดเจนต่อการได้รับความร่วมมือหรือการตระหนักต่อความสำคัญในการเข้ารับบริการของครอบครัว/ผู้ปกครอง และความร่วมมือของชุมชนต่อปัญหาความพิการที่มีธรรมชาติอันมองเห็นได้ยากของเด็ก ทางออกในการแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อนนี้ ธนาคารโลกได้เสนอให้ประเทศสมาชิกพัฒนารูปแบบสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน (inclusive society) ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาความยากจนในระยะยาวและการลดปริมาณความพิการในสังคมของประเทศกำลังพัฒนา<sup>(20)</sup>

โดยสรุปแล้ว ประเทศไทยยังเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสำหรับเด็กพิการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนั้น จึงควรมีการทบทวนทั้งในเชิงกฎหมายหรือ

นโยบายหรือระบบที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรูปแบบของการให้บริการ ในการแก้ไขระยะสั้นอาจจำเป็นต้องอาศัยความคิมนอกกรอบระบบปกติ โดยการสร้างความร่วมมือระหว่างท้องถิ่นกับหน่วยบริการโรงเรียนและกลุ่มพ่อแม่เด็กพิการที่มีความเข้มแข็งด้วยการสนับสนุนทางวิชาการจากส่วนกลาง ส่วนการแก้ไขปัญหาระยะยาวนั้น อาจจำเป็นต้องผนวกเข้าไปกับนโยบายการแก้ไขปัญหาความยากจนและความเหลื่อมล้ำในสังคม

## ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัญหาของเด็กที่มีความพิการนอกจากจะถูกกำหนดจากตัวสภาพความพิการที่แตกต่างกันทั้งธรรมชาติและ ความรุนแรง แต่ยังถูกกำหนดจากบริบทของครอบครัว ชุมชน และระบบบริการในพื้นที่ (บริการสุขภาพและสังคม) บริบทแวดล้อมตัวเด็กที่ซับซ้อน เช่น ความพร้อมของครอบครัว ทั้งในด้านฐานะหรือรายได้ ความรู้ และเวลา ควรได้มีการศึกษาวิจัยเชิงลึกในระยะยาว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบการแก้ไข ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทและเพื่อพัฒนาระบบรัฐให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรศึกษาความเป็นไปได้ (feasibility studies) ในการใช้รูปแบบการจัดบริการที่เป็นทางเลือกต่างๆ เช่น การจัดบริการโดยใช้ศักยภาพชุมชนร่วมกับกลุ่มผู้ปกครองของเด็กพิการ รูปแบบบริการแบบความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน (public-private partnership) การทดลองรูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในหลักสูตรโรงเรียนปกติ

3. ควรมีการศึกษาเพื่อทบทวนการนิยามความพิการของความพิการทางการเรียนรู้และการทบทวนสิทธิประโยชน์สำหรับเด็กพิการทางการเรียนรู้และพิการทางสติปัญญาซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ในประเทศ

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยต้องขอขอบคุณแพทย์หญิงวัชรารัตน์ ไร่ไพบูลย์ แพทย์หญิงนิชรา เรืองดารกานนท์ และคุณวรัญญา



เดี่ยวกุล ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์และผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล ในการสนับสนุนบุคลากรร่วมเป็นทีมวิจัยและทีมเก็บข้อมูลขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) และสำนักบริหารการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล รวมถึงขอขอบคุณบุคลากรทุกท่าน ผู้ปกครองและเด็กๆ ในพื้นที่ทั้ง 9 พื้นที่ที่สละเวลาให้ความร่วมมือทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## References

1. United Nations. The Millennium Development Goals Report. 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. International Health Policy Program and Situation Survey on Health Fairness Research Program. Situation of people with disabilities in Thai society: data analysis of national disability survey of national statistics office year 2002 and 2007. Nonthaburi: International Health Policy Program. Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
3. Tanakitjareon P. Interview article. Thairath online on 22<sup>nd</sup> March 2012. Information retrieved from rehabilitation services and assistive devices data on 30<sup>th</sup> September 2011 [Internet]. 2012 [Cited 2012 Aug. 10]. Available from: <http://www.thairath.co.th/content/edu/246326>. (in Thai)
4. Sass-Lehrer M. Early intervention for children birth to 3: families, communities and communication [Internet]. [Cited 2013 Mar 13] Available from: [http://www.infanthearing.org/ehdi-ebook/2015\\_ebook/22-Chapter22EarlyIntervention2015.pdf](http://www.infanthearing.org/ehdi-ebook/2015_ebook/22-Chapter22EarlyIntervention2015.pdf).
5. 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>.
6. 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>.
7. American Academy of Pediatrics. Caring for our children. 3<sup>rd</sup> edition: national health and safety performance standards. Washington, DC: American Public Health Association, America; 2011: 333-9.
8. Derrington T, Shapiro B, Smith B. 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>.
9. Ministry of Social Affair and Health. Child and family policy in Finland. Helsinki, Finland: Ministry of Social Affair and Health; 2013.
10. Ministry of Social and Family Development. Early intervention and education for children with special needs. Singapore [Internet]. 2008. [Cited 2014 Sep 10]. Available from: [http://app.msf.gov.sg/Portals/0/Files/EM\\_Chapter3.pdf](http://app.msf.gov.sg/Portals/0/Files/EM_Chapter3.pdf).
11. Center of Japan-US Comparative Social Studies. Japanese education in the 21<sup>st</sup> century [Internet]. 2005. [Cited 2014 Sep 10]. Available from: [http://www.usjp.org/jpeducation\\_en/jpEdSpecial\\_en.html#mozToclid491412](http://www.usjp.org/jpeducation_en/jpEdSpecial_en.html#mozToclid491412).
12. 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>.
13. 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](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/328221/SEND_implementation_update_-_June_update_version_15.1.pdf).
14. Kastner T A. & the Committee on children with disabilities. Manage care and children with special health care needs. Pediatrics 2004;114(6):1693-8.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. Available from: <http://displus.sk/DSM/subory/dsm5.pdf>.
16. 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.

17. Satirangkul W, Sainampran D, Sirisakpanij S. Open perspectives on WRAT-Thai. *J Clin Psychol* 2013;44(1):1-4.
18. Strategic Planning Unit, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Epidemiology survey report on knowledge, attitude, practices in mental health and psychosis of Thai people. 8<sup>th</sup> Academic Conference of Ministry of Public Health on 23<sup>rd</sup>-24<sup>th</sup> August 2000; Office of the Permanent Secretary; 2000. (in Thai)
19. American Psychiatric Association. Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5 [Internet]. 2013. [Cited 2014 Sep 14]. Available from: [https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM\\_Changes\\_from\\_DSM-IV-TR\\_to\\_DSM-5.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM_Changes_from_DSM-IV-TR_to_DSM-5.pdf).
20. UNICEF. Promoting the rights of children with disabilities. *Innocenti Digest No. 13* [Internet]. 2007. [Cited 2015 May 10]. Available from: [http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/children\\_disability\\_rights.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/children_disability_rights.pdf).